



**UNIVERSIDADE DO MINHO**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

# **CURSO DE LICENCIATURA EM ORTÓPTICA E CIÊNCIAS DA VISÃO**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**  
**ANO LETIVO 2018/2019 – 4º ANO**

**Autora: Emeline Sofia Delgado Maurício, N.º 3463**

**Mindelo, Setembro de 2019**

Trabalho académico apresentado a Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para obtenção do título de Licenciatura em Ortopia e Ciências da Visão.

**UNIVERSIDADE DO MINDELO**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

**IMPACTO PSICOSSOCIAL DA BAIXA VISÃO ADQUIRIDA NA**  
**ADULTEZ**

Discente: Emeline Sofia Delgado Maurício, N.º 3463

Orientadora: Mestre Denise Oliveira Centeio

Mindelo, Setembro de 2019

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a todos que, por algum motivo, têm uma deficiência visual. Que continuem a acreditar que mesmo com as limitações, é possível viver de forma independente.

## AGRADECIMENTOS

Este trabalho marca o término de uma fase do meu percurso de aprendizagem, que só foi possível graças a ajuda de muitas pessoas, umas através da partilha dos seus conhecimentos científicos e outros pela educação e valores. A essas pessoas a minha eterna gratidão, vão sempre fazer parte das minhas recordações!

Um especial agradecimento a minha mãe, Maria de Fátima, que sempre me deu apoio e confiança, para que eu pudesse trilhar no caminho da vitória.

Muito obrigada a minha orientadora Denise Oliveira, pelo tempo dispensado, conhecimentos partilhados, correções, paciência, incentivo, e apoio para a elaboração deste trabalho.

Aos meus tios, Manuel Natividade e Manuela Maurício, que apesar de todas as dificuldades fortaleceram-me com as suas sábias palavras.

Aos meus tios, Armando Afonso e Maria das Dores, que me acolheram na sua residência durante esses 4 anos.

Aos meus irmãos (Jeffrey e Alexander) e aos meus avós (Antónia, Francisca e Rufino), que compreenderam e foram pacientes com a minha ausência durante este tempo.

A toda a equipa que trabalha no serviço de Oftalmologia do Hospital Baptista de Sousa por disponibilizarem os dados dos pacientes.

Agradecimento especial para as pessoas com Baixa visão que aceitaram participar do estudo e partilharam as suas histórias comigo, pois aprendi com vocês.

Não poderia deixar de agradecer a todos os meus professores desde o jardim-de-infância até ao último ano da licenciatura, porque cada aprendizado que tive convosco foi útil em algum momento deste trajeto.

Obrigada, primos pela contribuição valiosa!

Queridos colegas, obrigada por estarem sempre presente nos momentos mais complicados e difíceis que tive, pela partilha de conhecimento e experiências, sem falar das vivências e da amizade.

*«Procure a sabedoria e aprenda a escrever os capítulos mais importantes de sua história nos momentos mais difíceis de sua vida.»*

*(Augusto Cury)*

## ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	12
Justificativa e Problemática do Estudo .....	14
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	18
1.1- Sistema Visual.....	19
1.1.1 - Constituição do sistema visual .....	19
1.2- Deficiência Visual .....	24
1.2.1 - Breve história da deficiência visual .....	26
1.2.3- Causas da baixa visão adquirida.....	30
1.2.4 - Visão funcional e função visual .....	33
1.2.5- Sinais e sintomas da baixa visão adquirida .....	34
1.2.6- Reações psicológicas em relação a perda visual .....	35
1.3-Adultez .....	38
1.4- Qualidade de Vida Condicionada pela Baixa Visão .....	40
1.5- Reabilitação Visual .....	41
1.5.1- Papel do Ortoptista na reabilitação visual .....	43
1.5.2- Auxílios utilizados na baixa visão.....	45
CAPÍTULO II – FASE METODOLÓGICA.....	47
2.1 - Fundamentação Metodológica .....	48
2.2- Tipo de Estudo .....	48
2.3- Instrumentos de Recolha de Informação .....	49
2.4- Participantes do Estudo .....	50
2.4.1- Caracterização dos participantes .....	51
2.5- Descrição do Campo Empírico .....	53
2.5.1- Descrição do Serviço de Oftalmologia do HBS .....	53
2.5.2- Descrição dos domicílios .....	54
2.6- Procedimentos éticos e legais.....	55
CAPÍTULO III – FASE EMPÍRICA .....	57
3.1- APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS .....	58

3.2– DISCUSSÃO DOS DADOS .....	65
3.3– CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	69
Propostas.....	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	72
APÊNDICES .....	78

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Esquema do olho humano.....	19
Figura 2 - Vias óticas da visão.....	21



## **ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela 1: Caraterização dos participantes .....	51
---	----

## RESUMO

Esta investigação teve como objetivo principal avaliar o impacto psicossocial da baixa visão adquirida na idade adulta. Trata-se de um estudo pertinente no sentido em que ao perder a visão, o indivíduo depara com outras perdas no que diz respeito à autonomia, à identidade, ou mesmo chegar ao ponto de mudar de emprego ou ficar desempregado devido às suas limitações visuais e com isso a economia da família e consequentemente do país estarão afetadas, porque pode depender da pensão social. A baixa visão adquirida não afeta apenas a pessoa em si, mas também os familiares estarão afetados porque precisam reorganizar para dar respostas às necessidades da pessoa que adquiriu baixa visão. A baixa visão tem sido alvo de poucos estudos e nesta Universidade é o primeiro estudo feito desta natureza. A metodologia utilizada é qualitativa, trata-se de um estudo descritivo e exploratório, a lógica da pesquisa é indutiva, a sua filosofia é a fenomenologia, e no que diz respeito ao tempo é de carácter transversal. A seleção dos participantes foi realizada no serviço de Oftalmologia do Hospital Baptista de Sousa e as entrevistas nos domicílios dos participantes. Utilizou-se a entrevista semiestruturada, aplicada a 8 adultos que possuem baixa visão. Após a realização do estudo pode-se constatar que a baixa visão interfere nas atividades diárias principalmente na leitura, costura e em alguns casos na condução, houve participantes que reformaram antecipadamente, e tudo isto interfere na qualidade de vida no sentido em que as suas atividades de lazer ou de trabalho ficaram afetadas. O impacto da baixa visão afeta as pessoas de forma diferente, isto porque cada um possui as suas experiências de vida e habilidades para resolução de problemas diferentes. Para um indivíduo que antes tinha visão normal e desempenhava as suas tarefas de vida diária com facilidade, a baixa visão resume-se em limitações em atividades quotidianas e isso trás implicações a nível psicológico e social. Percebeu-se que as pessoas portadoras de baixa visão têm medo da cegueira isto porque relacionam a cegueira com a dependência de terceiros, isto porque a reabilitação visual é uma área pouco explorada em Cabo Verde.

**Palavras-chave:** Baixa Visão; Impacto psicossocial; Idade adulta; Qualidade de vida.

## **ABSTRACT**

This research aimed to evaluate the psychosocial impact of low vision acquired in adulthood. It is a pertinent study in the sense that when losing sight, the individual faces other losses with regard to autonomy, identity, or even to the point of changing jobs or being unemployed due to their visual and physical limitations. With this, the economy of the family and consequently of the country will be affected, because the individual may depend on the social pension. Acquired low vision not only affects the person itself, but family members will also be affected because they need to reorganize to respond to the needs of the person who has acquired low vision. Low vision has been the subject of few studies and at this University is the first study done under this nature. The methodology used is qualitative, it is a descriptive and exploratory study, the logic of the research is inductive, its philosophy is phenomenology, and with regard to time it is transversal feature. The selection of the participants was performed at the Ophthalmology service of the Baptista de Sousa Hospital and as interviews at the participants' homes. It was used a semi-structured interview, applied to 8 adults with low vision. After conducting a study, it can be seen that low vision interferes with activities mainly reading, sewing and in some cases driving. There were some participants who retired early, and all this interferes with the quality of life in the sense that their leisure or work activities were affected. The impact of low vision affects people differently because they have different life experiences and problem-solving skills. For an individual who previously had normal vision and performed his daily life tasks easily, low vision boils down to limitations in everyday activities and this has psychological and social implications.

It is noticed that people with low vision are afraid of blindness, because they are related to blindness with dependence on third parties, because visual recovery is an unexplored area in Cape Verde.

**Keywords:** Low Vision; Psychosocial impact; Adulthood; Quality of life.

## **LISTA DE SIGLAS/ABREVIATURAS**

ADEVIC	Associação dos deficientes visuais de Cabo Verde
CCTV	Circuito fechado de televisão
cf.	Confrontar
CIF	Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
DMI	Degeneração macular relacionada com a idade
EPR	Epitélio pigmentar da retina
HBS	Hospital Baptista de Sousa
OMS	Organização Mundial de Saúde
S.d	Sem data

## INTRODUÇÃO

O presente estudo consiste num trabalho de conclusão do curso de licenciatura em Ortóptica e Ciências da Visão, subordinado ao tema “Impacto psicossocial da Baixa Visão adquirida na idade adulta”.

Este estudo deve-se a motivações pessoais, bem como a necessidade de compreender esta problemática em São Vicente, uma vez que este é o primeiro estudo feito em relação a baixa visão nesta Universidade.

O interesse pelo estudo deve-se pelas observações feitas durante o estágio no serviço de Oftalmologia do Hospital Baptista de Sousa (HBS) onde foi possível perceber que havia um número elevado de pessoas com baixa visão adquirida e que a maioria não teve acesso a reabilitação visual, o que é fundamental para melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.

Com o passar do tempo, a prevalência da baixa visão tende a aumentar a nível mundial, e em Cabo Verde já é possível notar este aumento, constituindo assim um problema de Saúde pública.

Com o aumento de casos de doenças sistémicas que podem levar a cegueira adquirida, por exemplo a diabetes melitos, houve a necessidade de ter avanços significativos em termos médicos e tecnológicos que aumentam a longevidade da cegueira, por este motivo há um maior número de pessoas portadoras de baixa visão em relação a pessoas com cegueira.

Sendo assim é primordial ter profissionais envolvidos trabalhando a nível da prevenção da deficiência visual bem como na reabilitação dos que já a possuem, devolvendo a essas pessoas independência e uma melhoria na qualidade de vida.

O Ortopista pode atuar de forma a prevenir a deficiência visual, fazendo rastreios e sensibilizando a população no que diz respeito as situações de risco, bem como junto com

uma equipa multidisciplinar, atuar na reabilitação das pessoas que já possuem deficiência visual.

Para tanto, este trabalho está estruturado em três capítulos, o capítulo I corresponde ao enquadramento teórico, onde se faz uma abordagem dos principais conceitos, bem como as causas da baixa visão adquirida, as reações psicológicas em relação a perda visual, a qualidade de vida na baixa visão, a reabilitação visual, o papel do Ortopista na reabilitação visual e também a adultez.

Seguidamente, apresenta-se o capítulo II que retrata a fase metodológica enfatizando o tipo de estudo, os instrumentos de recolha de dados, caracterização dos participantes, descrição do campo empírico e por último os procedimentos éticos e legais. É sucedido pelo capítulo III que corresponde a fase empírica e, portanto, faz a apresentação, análise e discussão dos dados e por fim segue as considerações finais, referências bibliográficas e apêndice.

O trabalho foi redigido segundo o novo acordo ortográfico para a Língua Portuguesa, foi formatado de acordo com as normas para a elaboração e apresentação de trabalhos académicos e científicos, da Universidade do Mindelo propostas em março de 2004.

## **Justificativa e Problemática do Estudo**

Este trabalho surge com a inquietação em compreender o impacto psicossocial da baixa visão adquirida em adultos, despertando o interesse em analisar como um sujeito que antes desempenhava todas as suas tarefas de vida diária com facilidade, depois de passar por esta situação conseguiu reorganizar e ganhar a sua autonomia novamente.

A escolha da temática desta investigação vai de encontro ao interesse pessoal pelas experiências vivenciadas ao longo do percurso académico, e pela motivação despertada durante o estágio, assim como pelos conteúdos teóricos aprendidos ao longo da formação académica. Dessas experiências vivenciadas foi estimulada a conhecer como é vivenciada a baixa visão quando ela é adquirida na idade adulta.

Outro aspeto que veio reforçar a escolha do tema é o facto que o impacto psicossocial da baixa visão tem sido alvo de poucos estudos e trabalhos de investigação, uma vez que a literatura dá mais ênfase à cegueira em relação à baixa visão. Um outro ponto importante a retratar, é que na ilha de São Vicente trata-se do primeiro estudo desta natureza.

Quando a baixa visão é adquirida na fase adulta, este acontecimento é considerado como sendo um golpe na vida do sujeito e não só, os familiares e amigos também sofrem com isto. Essa perda não se resume apenas no prejuízo do sentido da visão, mas também há uma mudança a nível emocional, as tarefas de vida diária, a ocupação profissional, a comunicação e a personalidade do sujeito estarão afetadas (Ministério da Educação de Brasília, 2005). Portanto é necessário descrever as mudanças psicológicas, familiares e sociais das pessoas que adquiram baixa visão de modo a adquirir estratégias para ajudar essas na reorganização da identidade e inclusão social.

Na bibliografia existente são poucos os estudos que se centram em perceber o impacto da baixa visão na idade adulta. Assim, considera-se que este estudo tem grande relevância, na medida em que esclarece o impacto psicossocial da baixa visão adquirida em adultos.

A primeira estimativa de deficiência visual no mundo foi realizada em 1975, quando foram reportados 28 milhões de cegos. Estimativas realizadas em 1990 indicaram que existiam no mundo cerca de 38 milhões de cegos e 110 milhões de portadores de baixa visão. A prevalência de cegueira estimada no mundo em 1990 foi de 0,7%, variando de 0,08% em crianças a 4,4% em indivíduos com idade superior ou igual a 60 anos (Narikawa, 2012).

Segundo Torres e Santos (2015), em 2010 a deficiência visual afetava cerca de 285 milhões de pessoas no mundo, dos quais 39 milhões apresentam cegueira e 246 milhões apresentam baixa visão, o que corresponde a maioria. Sendo que 80% desses casos trata de cegueira reversível ou mesmo poderiam ser evitadas. As causas mais frequentes são os erros refrativos e a catarata, outras causas incluem, o glaucoma, a degeneração macular relacionada com a idade (DMI), tracoma e opacidades corneanas.

Em 2010 a estimativa da população com deficiência visual por faixa etária: a idade compreendida entre os 0-14 anos existia cerca de 18.939 milhões de pessoas com deficiência visual, dos quais 17.518 milhões possuíam baixa visão e cerca de 1.421 milhões possuíam cegueira. Na faixa etária entre 15 – 49 existia cerca de 80.248 milhões de pessoas com deficiência visual dos quais, 74.463 milhões apresentam baixa visão e cerca de 5.784 milhões possuíam cegueira. No que diz respeito as pessoas com uma idade igual ou superior a 50 anos, 186.203 milhões possuem deficiência visual, dos quais 154.043 milhões possuíam baixa visão e cerca de 32.16 possuíam cegueira (Pascolini e Mariotti citado por, Neves, 2016).

Em 2015, nova estimativa chegou a 36 milhões de cegos (56% do sexo feminino) e que 216,6 milhões de pessoas tinham deficiência visual moderada e grave. Nessa estimativa, o número de pessoas com comprometimento visual leve chegava a 188,5 milhões. No estudo também foi estimada a presbiopia funcional: 1.094,7 milhões de pessoas ou mais (666,7 milhões com 50 anos ou mais) (Ottaiano e outros, 2019).

Sabe-se que sem intervenções precoces e prevenção estes números subam para os 75 milhões de pessoas com cegueira e 200 milhões sofram de deficiência visual até ao ano de 2020 de acordo com a OMS (Ferreira, 2015).



O Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (2012) fez um inquérito transversal de prevalência da cegueira, tendo-a considerado um problema de saúde pública, uma vez que, em Cabo Verde existia mais de 3000 pessoas cegas e mais de 15000 pessoas em risco por apresentar uma baixa visão bilateral ou mesmo perda da visão unilateral. Neste país a catarata relacionada com a idade é a mais prevalente, o glaucoma de ângulo aberto ocupa o segundo lugar e de seguida encontra-se as opacidades corneanas não tracomatosas e as retinopatias não vasculares.

A prevalência das causas da deficiência visual: os erros refrativos não corrigidos têm maior prevalência ocupando cerca de 53%, de seguida a catarata 22%, glaucoma ocupa cerca de 6%, a degeneração relacionada com a idade 4%, a retinopatia diabética 2%, opacidades da córnea 2%, cegueira infantil 2%, tracoma 2% e outros 6% (Neves, 2016).

O que pode perceber que existe um número maior de pessoas portadoras de baixa visão em relação ao número de pessoas portadoras de cegueira. O número de pessoas portadoras de deficiência visual é maior na faixa etária igual ou superior aos 50 anos.

É de realçar que não foi possível encontrar dados estatístico da prevalência da deficiência visual apenas na ilha de São Vicente, e nem a prevalência das diferentes causas de baixa visual nestes últimos anos em Cabo Verde.

Nota-se que o problema em si não são os números, mas sim a qualidade de vida dessas pessoas que estará condicionada, a família de certo modo estará envolvida criando recursos para dar respostas as necessidades das pessoas com deficiência visual. Também pode ocorrer uma mudança de emprego, ou mesmo ficar desempregado, logo a condição económica da família estará comprometida e com isto aumentará o ciclo de problemas sociais.

Atendendo a pertinência da problemática em estudo entendeu-se ser pertinente descrever o impacto psicossocial da baixa visão adquirida na adultez dos utentes inscritos no serviço de Oftalmologia do HBS:

Especificamente, pretende-se:

- Compreender como os utentes inscritos no serviço de Oftalmologia do HBS sentem e vivem a perda da visão na idade adulta;
- Conhecer as principais reações psicológicas e as mudanças sociais relacionadas com a perda da visão na idade adulta percebida pelos utentes inscritos no serviço de Oftalmologia do HBS;
- Descrever as dificuldades encontradas pelos utentes inscritos no serviço de Oftalmologia do HBS para reintegrar na sociedade.
- Analisar a percepção que os utentes inscritos no serviço de Oftalmologia do HBS têm sobre a reabilitação visual;

## **CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

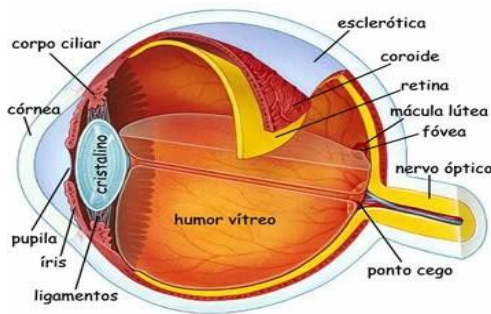
## 1.1 - Sistema Visual

### 1.1.1 - Constituição do sistema visual

A visão tem um papel fundamental na vida de um indivíduo, isto porque ela é considerada um dos principais sistemas sensoriais nos humanos. É através dela que temos a capacidade de localização de objetos necessários, cognição e locomoção, ou seja, é através dela que o indivíduo interpreta e analisa o meio onde está inserido (Araújo, 2013).

O olho tem como função transformar a luz em sinal elétrico, este sinal é transmitido ao cérebro através do nervo ótico que o transforma em imagem, gerando assim o sentido da visão que é responsável por 75% da nossa percepção (Guyton e Hall, citado por Soares, 2013)

- **Anatomia do olho**



**Figura 1 - Esquema do olho humano**

O olho possui três camadas: a camada externa que é constituída pela esclera e córnea, a camada intermédia anterior constituída pela íris e corpo ciliar e a intermédia posterior pela coróide e por fim a camada interna que é formada unicamente pela retina (parte sensorial do olho) (Martins, 2012).

Cada estrutura do olho possui características e funções que são próprias:

Esclera - é a camada externa, firme, e tem uma aparência opaca e branca, ela cobre a maior parte do globo ocular e tem a função de ajudar a manter a forma do globo, dá proteção as estruturas internas e constitui um ponto de inserção para os músculos extraocular (Baião, 2013).

Córnea - é uma estrutura convexa, avascular, transparente e com um valor refrativo de aproximadamente 40D. Diferencia-se pelo baixo conteúdo em água e pela disposição das fibras de colagénio (Silva, Ferreira & Pinto, 2013).

Íris - é um tecido pigmentado, que situa entre a córnea e o cristalino. Possui no seu estroma (trama de tecido localizado na sua circunferência interna) os músculos dilatadores que servem para contrair e dilatar a pupila (orifício central da íris), assim a sua principal função é controlar, através da pupila a entrada da luz no olho (Ferrarezi, 2010).

Cristalino - é uma estrutura biconvexa, com uma potência de 20D. Ela possui a capacidade de acomodação o que torna possível o aumento da potência refrativa do olho (Gomes, 2016).

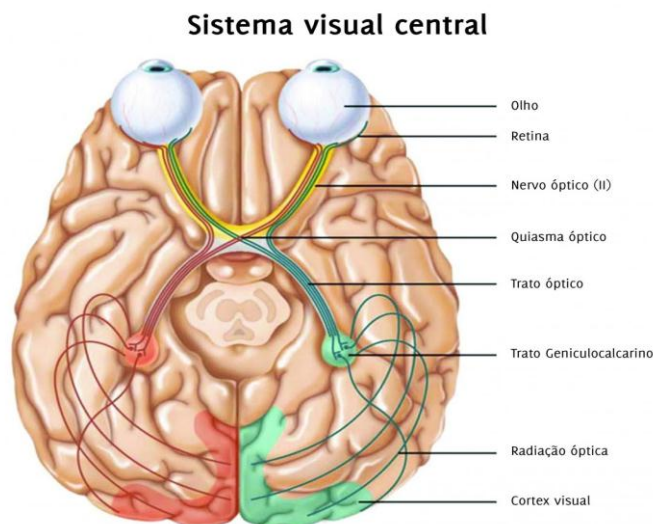
Corpo ciliar (designada também por zona ciliar) - consiste numa coroa ciliar, mais a exterior, e num grupo de processos ciliares, mais interiores que se ligam ao cristalino pelos ligamentos suspensores do cristalino. Os músculos ciliares funcionam como um esfíncter que ao contraírem mudam o formato do cristalino (Rodríguez, 2016).

Humor aquoso - preenche a câmara anterior e a posterior. É composto por glicose, oxigênio e aminoácidos que servem de nutrientes para a córnea e o cristalino. Flui para a câmara anterior pela pupila, seguindo para o ângulo iridocorneano, onde penetra na rede trabecular para alcançar o seio venoso da esclera, que se comunica com veias episclerais. Essa via (via convencional) é responsável pela drenagem de  $\approx 85\%$  da produção do humor aquoso. O restante difunde-se pelos vasos da íris e do corpo ciliar (via alternativa) (Silva, Ferreira & Pinto, 2013).

Retina - é a estrutura mais interna do olho. Trata-se de uma membrana nervosa cuja função é responder aos estímulos luminosos, ou seja, realizar a transdução da luz, enviá-lo para o nervo ótico e este encarrega de transmiti-lo ao cérebro. Ela possui dez

camadas de células especializadas e cinco tipos de neurónios (fotorreceptores, células bipolares, células ganglionares, células horizontais e células amácrinas). Os fotorreceptores dividem-se em dois: os cones, que são responsáveis pela visão fotópica e os bastonetes que são os responsáveis pela visão escotópica. Os cones são mais densos na mácula, fornecendo assim a visão central, já os bastonetes encontram-se em maior quantidade na retina periférica e com isto são responsáveis pela visão periférica. Existem cerca de 120 milhões de bastonetes e 6 milhões de cones na retina humana (Rodriguês, 2016).

- **Vias óticas**



**Figura 2 - Vias óticas da visão**

O nervo ótico encontra-se na parte posterior do globo ocular, ligeiramente nasal e ligeiramente acima do meridiano horizontal, este ponto é visto como o disco ótico. No disco ótico não existem células sensíveis a luz, o que o torna como ponto cego no campo visual (Soares, 2013).

Os dois nervos óticos correspondentes a cada um dos olhos encontram-se no quiasma ótico, uma área que se situa atrás dos olhos. No quiasma ótico, as fibras nasais de cada nervo ótico dividem-se: as fibras nervosas nasais que transmitem a informação do lado

direito dos olhos cruzam para o lado esquerdo do cérebro e vice-versa e as fibras nervosas temporais continuam o seu trajeto (Rodriguês, 2016).

As mensagens enviadas da retina são interpretadas pelos neurónios do córtex visual. As mensagens das duas retinas são produzidas numa única imagem mental, e esta é enviada para outras partes do encéfalo onde ela é interpretada, e pode desencadear uma ação ou simplesmente ser ignorada (Seeley e outros, 2003).

O campo visual pode relacionar-se com as projeções das células ganglionares da retina. A forma com que as vias nervosas se dispõem leva com que as imagens que entram no olho originárias da metade direita do campo visual se projetam na metade esquerda do encéfalo, e o mesmo acontece com a metade esquerda de cada campo visual é projetado na metade direita do encéfalo. Avaliando o campo visual dos dois olhos ao mesmo tempo, percebe-se que existe uma sobreposição dos dois campos numa determinada área, e essa área de sobreposição é a área da visão binocular, e é através dele que temos a noção de profundidade (Seeley e outros, 2003).

- **Caminho da luz até chegar na retina**

A luz entra no olho através da córnea, onde ocorre a maior grau de convergência devido ao contraste de densidade entre ela e o ar. De seguida passa pela íris que controla a quantidade de luz que entra. O orifício no centro da íris designa-se de pupila e é o local onde a luz passa. De seguida a luz incide no cristalino, onde é feito o ajuste fino da localização do ponto focal na retina, necessário para a formação da imagem, alterando a sua forma de modo que a imagem externa seja projetada corretamente na retina. A imagem formada atrás do ponto focal é invertida (Oliveira, 2009).

A mudança na forma do cristalino é feita através do corpo ciliar que está ligada a ela pelas fibras zonulares. Após atravessar o humor vítreo a luz chega na retina. Ela é formada por células fotorrecetoras (cones e bastonetes). Ligadas as células fotorrecetoras existem três tipos de células nervosas (amácrina, bipolar e horizontal) que transmitem os impulsos nervosos para o nervo ótico (Oliveira, 2009). Essa imagem é transmitida para o

córtex visual do cérebro, através dos potenciais de ação, onde ela é interpretada pelo encéfalo, dando a entender que ela está na posição certa (Seeley e outros, 2003).

- **Estruturas acessórias**

Sobrancelhas – têm a função de proteger os olhos contra o suor produzido na região frontal, que causa irritação, auxiliam como um filtro de luz ambiente e impedem a entrada de corpos estranhos no olho (Virmond, s'd).

Pálpebras – têm como função a proteção mecânica (impede a entrada de corpos estranhos) e luminosa do globo ocular bem como fazer a distribuição e drenagem da lágrima (Silva, Ferreira & Pinto, 2013).

Pestanas - são constituídas por camadas duplas ou triplas de pelos, prendidos nos bordos das pálpebras superior e inferior. «As glândulas ciliares são glândulas sudoríparas modificadas que abrem nos folículos das pestanas, mantendo-as lubrificadas.» As glândulas de Meibômios também designadas de glândulas tarsais são glândulas sebáceas que situam perto da margem interna das pálpebras e têm a capacidade de produzir sebo, que é uma substância oleosa semifluida, que faz a lubrificação palpebral e o impedimento de saída das lágrimas pelas margens (Seeley e outros, 2003).

Conjuntiva - é uma mucosa fina e transparente, que reveste a parte anterior do globo e a superfície interna das pálpebras (Rodriguês, 2016).

Aparelho lacrimal – tem como função principal a hidratação da córnea, com uma película lacrimal que permite organizar o mantimento e metabolismos corneais bem como manter uma boa qualidade ótica. Este aparelho tem como funções secretores, de drenagem e de distribuição. A película lacrimal é distribuída pela ação das pálpebras. A eliminação é feita através do movimento da lágrima, favorecido pelo pestanejo, pelos canalículos, o saco lacrimal e os ductos lacrimais. No entanto cerca de 10% a 25% da película lacrimal evapora (Sousa, 2014).



Músculos extrínsecos - são responsáveis pelo movimento do globo ocular. São seis pares de músculos, dos quais quatro deles dispõem-se, aproximadamente em direção ântero-posterior, que são os retos superior, inferior, interno e externo, e outros dois que são o grande oblíquo e pequeno oblíquo, estes formam um ângulo com o globo ocular. O músculo grande oblíquo é innervado pelo nervo troclear (IV par craniano), o reto externo encontra-se innervado pelo oculomotor externo que também é designado por abductor, que corresponde ao VI par craniano, os restantes músculos extraoculares são innervados pelo oculomotor comum, que corresponde ao III par craniano (Seeley e outros, 2003).

## **1.2 - Deficiência Visual**

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a definição de deficiência mais aceita é a que considera como perda, total ou parcial, de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gera incapacidade para o desempenho de atividades, dentro do padrão considerado normal para o humano (Borges, 2015).

A deficiência visual é a incapacidade para enxergar em maior ou menor grau e é caracterizada em baixa visão ou cegueira. Pode ocorrer por fatores congénitos ou hereditários, ou mesmo ser adquirida em qualquer fase da vida devido a alguma patologia ou trauma que pode acarretar perdas bruscas ou progressivas da visão (Pereira & Nascimento, s.d).

Para classificar a deficiência visual usa-se dois principais termos: acuidade visual e campo visual. A acuidade visual é a maior capacidade de discriminar dois pontos a uma determinada distância, enquanto o campo visual é a amplitude do espaço percebido pela visão (WHO, 2017 citado Gomes, 2017).

A deficiência visual pode apresentar através da diminuição da Acuidade visual, bem como do campo visual, fotofobia, perda da sensibilidade ao contraste, diplopia, metamorfopsia (visão distorcida ondulada), distúrbios visuais de percepção (CBO, 2018).

De acordo com Monteiro (2010), a deficiência visual inclui a baixa visão e a cegueira, de acordo com a terminologia adotada pelo *International Council of Ophthalmology* (ICO), em Sidney, Australia, em 20 de Abril de 2002. Sendo que a cegueira é a «[...] perda total de visão e condições nas quais os indivíduos precisam contar predominantemente com habilidades de substituição da visão», enquanto que a baixa visão é quando existe «[...] graus menores de perda de visão nos quais os indivíduos podem receber auxílio significativo por meio de aparelhos e dispositivos de reforço da visão».

A deficiência visual divide-se em duas categorias: baixa visão e cegueira, em que a cegueira é quando o indivíduo tem a perda total da visão, onde ele usa de forma predominante os recursos de substituição a visão, enquanto a baixa visão é usada para níveis menores de perda visual, onde ele é auxiliado de maneira significativa por recursos para melhor resolução (Sampaio e Haddad, citado por Santos, 2012).

A deficiência visual classifica-se em cegueira e baixa visão. Neste trabalho optou-se para usar a definição da OMS, conforme a revisão da 10ª Classificação Estatística das Doenças e Problemas relacionados a Saúde (CID- 10/ atualização e revisão de 2006) que é a definição mais aceita. De acordo com esta classificação, a deficiência visual divide-se nas seguintes categorias: categoria 0 – deficiência visual leve ou sem deficiência; categoria 1 – deficiência visual moderada; categoria 2 – deficiência visual grave; categoria 3, 4 e 5 cegueira e categoria 6 – indeterminada ou sem especificação (Talled e outros, citado por Borges, 2016).

A baixa visão, correspondente às categorias 1 e 2, é quando após a melhor correção ótica e tratamento a pessoa apresenta diminuição da sua função visual e tem valores da sua acuidade visual menores que 0.3 e maior ou igual a 0.05 ou o campo visual menor que 20 graus de seu ponto de fixação, porém usa ou é capaz de usar a sua visão para planeamento de alguma tarefa. A cegueira corresponde às categorias 3, 4 e 5 e é atribuída à pessoa com acuidade visual inferior a 0.05 ou o campo visual inferior a 10 graus em torno do ponto de fixação (Talled e outros, citado por Borges, 2016).

Santos (2016), baseou-se na 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, (CID-10) da OMS para classificar a

deficiência visual. Uma pessoa é considerada com baixa visão se a sua acuidade visual com correção ótica no melhor olho, baseada na escala de Snellen, se encontra entre 20/60 (0,3) e 20/400 (0,05) ou o seu campo visual é menor que 20° no melhor olho com a melhor correção ótica (categorias 1 e 2 da graduação de deficiência visual). É considerada cega se esses valores estiverem abaixo de 20/400 (0,05) ou o campo visual for menor que 10°.

A OMS lançou em 2018 a CID 11 que entra em vigor em 2022, onde a consultoria da OMS sugeriu a substituição do termo «melhor correção visual» por «melhor correção visual disponível», salientando que o termo «melhor correção visual» no melhor olho estava ultrapassada, isto porque muitos estudos recentes mostram que esse critério desprezava uma grande quantidade de pessoas com deficiência visual, incluído cegueira, em função de erros refrativos não corrigidos, o que é comum em muitos países (Ottaiano e outros, 2019).

### **1.2.1 - Breve história da deficiência visual**

A deficiência visual está presente em toda a história da humanidade. Por vários séculos ela foi marcada por momentos de rejeição, preconceito, intolerância e religiosidade. As pessoas portadoras de deficiência visual foram tratadas como sendo dependentes, negligenciadas, algumas civilizações chegaram ao ponto de eliminá-las. As pessoas cegas ou com baixa visão foram educadas a viver de forma independente apenas 200 anos atrás, o que é recente perante a história da humanidade (Mota citado por Gomes, 2017).

Analisando a história da deficiência visual percebe-se que a reação perante a cegueira e baixa visão muda de acordo com cada país, ou seja, essa percepção difere de cultura para cultura.

Nas sociedades clássicas, a prática de infanticídio nas crianças era encarada de forma natural quando eram encontrados traços de deficiência (Bautista citado por, Badalo, 2014).

Em Roma, alguns cegos se tornaram pessoas letradas, advogados, músicos e poetas. Entretanto, a grande maioria vivia na mais completa penúria, recebendo alimentos e roupas como esmola (Motta, citado por Gomes, 2017). Os meninos se tornavam escravos e as meninas prostitutas. Ainda, na Grécia praticavam o infanticídio em Atenas e em Esparta, porque era permitido deixarem morrer as crianças em que se assinalava algum tipo de deformidade física ou mental (Martins, citado por Gomes, 2017).

Contrariamente a esta concepção, outras sociedades, como a China e Tebas, em que o extermínio de crianças com deficiência era proibido. Como por vezes pessoas com deficiência faziam adivinhações, eram exorcistas e liam a sina, a sociedade acreditava que tinham maus espíritos ou capacidades sobrenaturais e que se correspondiam com os deuses, logo, temiam a sua punição (Pereira e Simões citado por Badalo, 2014).

Na idade média a sociedade dominada pela religião e pelo divino considerava as pessoas “diferentes” como seres possuídos pelo demónio, sendo muitas vezes alvo de perseguições, exorcismos e condenados à fogueira. A deficiência era então associada à prática de bruxaria, feitiçaria e espiritismo, sendo severamente condenada pela igreja (Silva, citado por Badalo, 2014).

Já o Cristianismo pregava o reconhecimento do valor humano, o que contribuiu para o estabelecimento de restrições no que se referia à eliminação dos chamados "imperfeitos", embora a cegueira ainda apresentasse uma conotação de castigo e punição, fazendo com que houvesse, por parte da sociedade, um sentimento de comiseração e proteção (Sonza, 2004).

Segundo Mazzotta (2005), até o Século XVIII, não se tem indícios significativos acerca de atendimento educacional para indivíduos deficientes. Apenas em 1784, surgem na França, as primeiras iniciativas acerca da educação para pessoas deficientes, com a fundação do Instituto Real de Jovens Cegos em Paris. O autor ainda ressalta que todos os registros anteriores a este período estão relacionados ao misticismo e ao ocultismo (Mazzotta, citado por Borges, 2015).

« [...]A partir do ano de 1878 o Sistema Braille é adotado de forma padronizada como método universal de ensino para pessoas cegas, de acordo com a estrutura do sistema

apresentado por Louis Braille» (Mecloy, 1974; Cerqueira e Lemos, 1996 citado por Gomes, 2017).

Com o decorrer dos anos, conforme a ciência vem identificando as causas/mecanismos da perda visão e a sociedade começa a tomar conhecimento disso, as concepções fantasiosas estão gradualmente mudando, mas a passos lentos. Muitas pessoas ainda ficam desconfortáveis diante do "diferente". O sentimento de muitos em relação ao deficiente é de comiseração, proteção, amparo, enfim, de invalidez, o que não procede (Sonza, 2004).

Na segunda metade do século XX, após a Segunda Guerra Mundial, e com a Declaração dos Direitos Humanos, passou-se a aceitar pessoas cegas no ensino regular de modo a proporcionar o convívio com pessoas normovisuais (Machado, 2015 citado por Gomes, 2017).

Analizando a história da deficiência visual percebe-se que durante vários anos as pessoas que possuíam tal deficiência eram tratadas com discriminação no sentido em que não apresentam o «padrão» da normalidade estabelecida pela sociedade. Com o passar do tempo houve um avanço significativo em relação às deficiências, visando garantir os direitos sociais, lutando contra a discriminação, e a favor dos seus direitos. Nos dias de hoje enfrentam barreiras arquitetônicas, que dificultam a livre locomoção e mobilidade (Gomes, 2017).

### **1.2.2- Baixa visão**

A baixa visão é uma condição em que há uma diminuição da capacidade da visão podendo ser em decorrência da diminuição da acuidade visual, e/ou campo visual, e/ou diminuição de sensibilidade ao contraste, após a melhor correção ótica. (Ferroni, 2011).

Em relação a baixa visão o médico deve explicar ao paciente que o problema não pode ser resolvido nem com cirurgia, nem com óculos convencionais e nem por tratamento clínico, mas pode usar auxílios para melhorar a sua qualidade de vida (Figueiredo, 2009).

Para o Conselho Internacional de Oftalmologia a terminologia baixa visão é empregada para níveis menores de perda visual, nas quais as pessoas possam ser auxiliadas, de forma significativa, por meio de recursos para obterem melhor resolução visual (Ferroni, 2011).

Os indivíduos com baixa visão têm grau de visão que lhes permite ter percepção luminosa e de objetos, sendo capazes de discernir ou mesmo reconhecer materiais visuais adequados. Entretanto, pessoas com esta percepção necessitam de condições de iluminação especiais no ambiente em que se encontram e também de recursos óticos, como lupas ou circuitos fechados de TV (Borges, 2015).

A baixa visão subdivide-se em 3 categorias: perda visual moderada, em que o indivíduo apresenta acuidade visual  $< 20/60$  e  $\geq 20/200$ ; perda visual grave  $< 20/200$  e  $\geq 20/400$  e profunda  $< 20/400$  e  $\geq 20/1200$  (Ferroni, 2011).

Apenas valores de acuidade visual e campo visual não definem a baixa visão, é necessário avaliar a eficiência da visão funcional. Esta eficiência refere-se ao grau de facilidade, tempo e conforto que o indivíduo passa ao realizar algumas tarefas, e estas poderão ser padronizadas. Na presença de duas pessoas com a mesma acuidade visual e o mesmo campo visual podem ter eficiência visual diferente porque ela depende das experiências vivenciadas, da motivação pessoal, das expectativas individuais e as necessidades que cada um possui. As manifestações psicológicas e emocionais em conjunto com a luz e a fadiga podem de alguma forma condicionar a visão funcional do sujeito (Ladeira & Queirós, 2002).

### **1.2.3- Causas da baixa visão adquirida**

Para que ocorra uma redução do campo visual ou uma diminuição significativa da acuidade visual, deve haver uma anomalia ou um mau funcionamento do sistema visual. Esta anomalia pode estar relacionada com os meios transparentes, a íris, a retina, as vias óticas ou o córtex visual. Pode ter causas congénitas ou adquiridas (acidente, doença ou idade) e ainda podem ter um componente hereditário (Ladeira & Queirós, 2002).

De acordo com a OMS as causas da deficiência visual podem ser congénitas, hereditárias, adquiridas ao longo da vida, metabólicas, infecciosas, vasculares, tumorais, traumáticas e idiopáticas, ou seja, doenças que não possuem motivo certo ou conhecido, além daquelas doenças oportunas que causam a deficiência visual (Melo, 2016).

Uma vez que este trabalho põe em pauta a baixa visão adquirida, vai-se explorar as suas causas. Ressalta-se que apesar de não existir uma estatística em relação a prevalência das causas da baixa visão, em São Vicente estima-se que a Retinopatia Diabética é a principal causa de deficiência visual adquirida, e com isto houve o interesse pelo estudo em relação a esta causa.

A baixa visão adquirida tem uma etiologia multifatorial, pode ser por traumatismos, acidentes ou doenças. A maioria dessas causas deve-se a alterações oculares e doenças metabólicas que afetam o olho (Garcia, 2014).

As principais causas da deficiência visual são:

A catarata senil é uma opacificação do cristalino, que impede a passagem dos raios luminosos para a retina. Segundo a OMS, ela é a principal causa de deficiência visual reversível no mundo. O seu tratamento é apenas cirúrgico (Medina, citado por Rocha, 2011).

Os erros refrativos influenciam o poder refrativo do olho, impedindo que a luz se foque corretamente na retina. Estes erros podem ocorrer devido à forma do olho (com um comprimento axial mais ou menos longo), ao cristalino, (alteração na espessura ou forma), ou ainda devido a anormalidades na córnea (raios de curvatura mais ou menos inclinados).

Um olho considera-se emetropo quando os raios luminosos de um objeto a mais de 6 m, isto é, com feixes de luz essencialmente paralelos ao eixo ótico, são focados corretamente na retina sem haver acomodação. No entanto, quando os feixes de luz são desviados e não chegam corretamente à retina, está-se perante um olho ametropo, com erro refrativo. (Glória, 2018).

O glaucoma pode ser entendido como uma neuropatia ótica crônica, com alterações marcantes do disco ótico e da camada de fibras nervosas da retina que desencadeiam significativas mudanças no campo visual (Martins e outros, 2014). Ela a principal causa de cegueira irreversível no mundo e muitas vezes é acompanhada do aumento da pressão intraocular. A prevenção da cegueira por glaucoma é através da detecção precoce dos casos e o seu tratamento clínico ou cirúrgico de forma atempada. A medição da pressão intraocular e avaliação do disco ótico são exames complementares para detetar alguma alteração. As populações mais vulneráveis para desenvolver esta patologia são: os idosos, os diabéticos, e as pessoas da raça negra (Medina, citado por Rocha, 2011).

A diabetes melitos não representa uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresentam em comum a hiperglicemia resultante de uma deficiente secreção de insulina, resistência periférica à ação da insulina ou ambas (SBD citado por, Paula, 2014).

A retinopatia diabética é uma das várias complicações causadas pelo diabetes melitos. Ela é uma alteração microvascular, que primeiramente altera a permeabilidade dos capilares e da barreira hemato-retiniana, conduzindo a fenómenos inflamatórios e isquémicos. Em termos clínicos a retinopatia diabética é caracterizada pelo aparecimento de micro vasos na retina de um indivíduo diabético. O desenvolvimento da maculopatia (edema ou isquemia macular), a neovascularização na retina e consequentemente o descolamento da retina e hemovítreo são causas da diminuição da visão. (Segalás, 2011).

Existe diversos fatores de riscos para desenvolver a retinopatia diabética, mas os principais fatores é o mau controlo glicémico e maior duração da diabetes melitos. Outros fatores como o aumento da pressão arterial sistémica, a idade na ocasião do diagnóstico, puberdade, gestação, nefropatia diabética (complicação microvascular relacionada a diabetes



melitos), sexo (o sexo masculino tem maior prevalência), tabagismo, dislipidemia, obesidade. Além desses ainda existe os fatores genéticos. Ao longo dos tempos os conhecimentos acerca da retinopatia diabética aumentaram, mas ainda esta continua uma complicação frequente, grave e crônica (Esteves & outros, 2008).

A degeneração macular relacionada com a idade (DMI) - é progressiva e indolor, leva a cegueira legal, mas não resulta na cegueira total. Afeta as células do epitélio pigmentar da retina (EPR). Com a progressão da DMI os resíduos provenientes da retina acumulam abaixo do EPR, formando pontos amarelos denominados de *Drusans*. No estágio avançado da doença pode-se constatar a diminuição da capacidade visual, e isso ocorre devido a morte das células do EPR ou o impedimento que os vasos sanguíneos provenientes da coróide cresçam abaixo da retina. A sua causa está relacionada a fatores genéticos e o ambiente, mas ainda relaciona com a idade, tabagismo, histórico familiar, estilo de vida e a alimentação (*Macular Disease Fundation Australia*, 2014).

O descolamento da retina – ocorre quando existe uma separação entre a retina neuro sensorial e o epitélio pigmentar da retina subjacente, e consequentemente a uma acumulação de líquido subretiniano entre as camadas referidas (Santos e outros, 2010).

Designam-se de traumas oculares, todo aquele que atinge o globo ocular ou os seus anexos. Estes podem ter origem: mecânicos (podem ser abertos ou fechados, dependendo do comprometimento da parede da esclera/ córnea que foi atingida), químicos, elétricos ou térmicos. Na maioria dos casos os traumas ocorrem na população com idade produtiva, gerando enormes custos e em algumas situações a invalidez em indivíduos jovens. É a principal causa de perda visual unilateral (Cabral et al., 2013).

Outra patologia, que pode causar baixa visão é a alta miopia, conhecida também por miopia patológica, é quando o valor da miopia é igual ou superior a 6.00D, com um comprimento axial superior a 26 mm. Esta miopia é acompanhada por alterações degenerativas que ocorrem no segmento posterior do globo. A alta miopia é associada ao prolongamento excessivo e progressivo do olho, resultando num conjunto de alterações fundoscópicas causando perdas de visão. Essas alterações acometem tanto a retina central como a retina periférica (Brasil e outros 2006).

#### **1.2.4 - Visão funcional e função visual**

Com base na Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF (OMS, 2003), a função visual é a forma como o olho funciona, enquanto a visão funcional é a forma como as pessoas realizam as atividades de vida diária utilizando a sua visão (Rossi, 2010).

A função visual é avaliada por meio da obtenção e da interpretação de vários parâmetros, como a medida da acuidade visual (AV), a percepção de cores, o campo visual (periférico e central), a sensibilidade à luz e o reflexo pupilar fotomotor. A avaliação da função visual é complexa pela relação que mantém com mecanismos aferentes, eferentes e cognitivos, bem como fatores externos à pessoa examinada (Borges & Cintra, 2009).

Os testes de função visual, por exemplo a acuidade visual, analisam o reconhecimento de letras pretas ou símbolos em um fundo branco. A única variável que muda no momento da medição da acuidade visual é o tamanho da letra ou figura, mantendo a aglomeração, contraste e a iluminação (Colenbrander, citado por Rossi, 2010).

Na avaliação da visão funcional, a maioria dos objetos têm menos contrastes que o preto e branco, normalmente não aparecem sobre um fundo vazio, e a iluminação sofre alterações ao longo da avaliação. A avaliação do campo visual é feita de forma monocular, sempre em atenção para que o paciente não perca a fixação. Quando o teste de campo visual é necessário para entender a visão funcional, ele é feito de forma binocular. Testes de adaptação a luz e ao escuro são pertinentes para a vida diária, para avaliar como o paciente reage quando entra num quarto escuro ou num túnel (Colenbrander, citado por Rossi, 2010).

É de assinalar que independente da classificação da baixa visão, a intervenção deve procurar evitar fixar-se em divisões e definições rígidas, pois a necessidade visual irá depender de indivíduo para indivíduo. Algumas pessoas podem apresentar a mesma acuidade visual, no entanto, fazem uso de forma diferente de seu resíduo visual e conseguem aproveitá-lo mais que outros que possuem o mesmo tipo de problema. Neste

sentido há necessidade de compreender os fatores psicológicos, ambientais, pessoais e sociais que permeiam esta problemática (Ferroni, 2011).

Na avaliação da visão funcional observa-se a qualidade da visão que a pessoa possui, e não a sua quantidade. Observa de modo informal o comportamento visual, levando sempre em conta: as funções visuais básicas (avaliação dos estímulos visuais através de padrões de alto contraste, figuras com formas tanto simples quanto complexas, luzes, cores variadas), as funções oculomotoras (observa-se de que forma o indivíduo fixa-se num ponto/objeto, perseguição de objetos e as posições da cabeça) (Bruno, citado por Rossi, 2010).

Por último, mas não menos importante, avaliação das funções visuo-perceptivas (estas funções relacionam com a cognição e percepção, englobam o processo de decodificação, assimilação e elaboração dos estímulos visuais presentes bem como a capacidade de realizar uma função) (Bruno, citado por Rossi, 2010).

A avaliação da visão funcional é a forma de observar o paciente como ele usa a visão em certas tarefas, tanto num ambiente que lhe é familiar como em outro. Ela baseia-se nos encontrados dos exames clínicos do olho e revela as condições do paciente em diversas situações, como o nível de alerta, a motivação, luminosidade e contraste (Rossi, 2010).

#### **1.2.5- Sinais e sintomas da baixa visão adquirida**

Ao adquirir a baixa visão, os indivíduos podem apresentar alguns sinais e sintomas, que podem ser: piscar os olhos com frequência, dificuldades em acompanhar um objeto em movimento com os olhos ou cabeça, o esforço visual causa fadiga (mal-estar), franzir a testa para tentar identificar objetos que encontram-se distantes, aproximar-se dos objetos para que possam desempenhar a tarefa que pretende, vermelhidão ocular, desinteresse por atividades que exijam do uso do sentido da visão, desvios oculares, desvios dos cílios, secura ocular, secreção ocular, inchaço e vermelhidão nas pálpebras, lacrimejo

muito frequente, sensação de ardor, prurido, olhos maiores que o normal e pupila branca (Manual de Saúde Ocular, 2008).

### **1.2.6- Reações psicológicas em relação a perda visual**

De acordo com Jardim (2014), todo o processo de adoecer ativa mecanismos fisiológicos para restabelecer a homeostase e mobiliza defesas psicológicas no paciente.

Nenhum ser humano passaria por uma situação traumática como esta sem demonstrar sentimentos e emoções, tendo em vista a gravidade da questão. Dessa forma, alguns autores estudaram o comportamento apresentado por pessoas que vivenciaram a perda da visão. O tipo e intensidade das reações de cada ser humano em relação à perda da visão vão depender de uma série de fatores, nomeadamente do significado da doença no seu processo de vida, sua estrutura de personalidade, sua capacidade de resistência à frustração e a qualidade da ajuda recebida (Melaragno Filho citado por Jardim, 2014).

As reações são totalmente diferentes ao adquirir baixa visão na idade adulta, pois as mesmas estão relacionadas com o meio em que vive e a estrutura psicológica de cada um (Carroll & Canejo citado por Dias e outros, 2015).

É de assinalar que não foi encontrado nenhum estudo que descreve as reações psicológicas na baixa visão adquirida, portanto foi descrito as reações da cegueira adquirida.

A perda visual na idade adulta trás algumas dificuldades na adaptação a nova condição como a utilização de uma bengala, a deslocação guiada pelo braço de outra pessoa, a aprendizagem do Braille com umas mãos pouco desenvolvidas na estimulação tátil. É possível notar perdas básicas em relação à segurança psicológica, perdas das habilidades básicas, perdas da comunicação, perdas da apreciação, perdas relacionadas com a ocupação e com a situação financeira, ou seja, essas perdas têm implicações na personalidade como um todo (Rodriguês, 2004).

Adams foi um dos primeiros a escrever artigos sobre reações psicológicas em relação a cegueira, em 1980. Ele reconhece o trabalho feito por Luiz Cholden feito na

*Menninger Clinic*, onde observou problemas psiquiátricos em seu atendimento de reabilitação de cegos e descreveu as fases ultrapassadas pelo indivíduo que perde a visão (Barczinski, s.d).

Em primeira fase surge a imobilidade psicológica que, segundo Adams a fase inicial seria caracterizada pelo choque de se ver cego, descrita como “proteção emocional anestésica”. O autor defende que caso o processo de choque se estabeleça por um longo período, o processo de reabilitação se tornará mais sofrido (Barezinskid, citado por Dourado e Costa, 2006).

Quando o paciente ultrapassa esta fase, segue-se a segunda que consiste na depressão, que seria a vivência do luto pela “*dead eyes*” que significa perda visual. Existe a necessidade do paciente morrer como pessoa vidente para renascer como pessoa cega. Trata-se de uma depressão ativa onde o paciente tem pensamentos de autopiedade, atraso psicológico e motor, necessidade de confidências e pensamentos suicidas. Estes estágios iniciais são fundamentais para a sua progressão e lidar melhor com os estágios vindouros (Barczinski, s.d).

Este autor constatou as reações, que ele considera como representantes psicopatológicas: a primeira é o prolongamento da fase depressiva, para a fase depressiva masoquista, a segunda fase consiste no desenvolvimento das desordens características, que seria um exagero de fatos antes vivenciados, por exemplo algum tipo de dependência, e por fim, a fase vivenciada pelo grupo que representa a minoria de cegos, que consideravam «um mundo hostil, estúpido, e sem consideração das pessoas com visão normal» (Barczinski, s.d).

Em situações onde o paciente não vivencia o processo de luto, que é uma etapa fundamental, ele vivencia um caráter de negação maníaca, tendo com isso reações neuróticas. Os sintomas desta negação maníaca são: dependência acentuada dos adultos ou negação da mesma, recusa competir-se ou está constantemente a competir/comparar-se, excessiva amabilidade devido a regressão da agressividade, ou mesmo grande agressividade, muito sensível perante as críticas, dificuldade de relacionar com outras pessoas com deficiência visual ou mesmo com os «videntes», insegurança perante a sua

pessoa e aos outros em relação as suas intenções, sentimento de não ser querido pelo mundo devido a falsa crença de que quem é diferente é inferior, pensamento de magia e misticismo, sentimento de inveja, frequentemente critica os outros de forma severa, desconfiança em relação a sua capacidade sexual, evite situações sociais (leva ao isolamento), necessidade exagerada de afeto e atenção (Barczinski, s.d).

Fitzgerald também fez um estudo das reações psicológicas em relação a cegueira, onde ele descreveu quatro fases distintas. A descrença é a primeira fase, onde o indivíduo nega a sua nova condição, em seguida a fase do protesto, onde o indivíduo busca novas opiniões ou recusa a usar a bengala branca, na terceira fase, aparece a depressão com os sintomas caraterísticos, como exemplo, a perda de peso, perda de apetite, ideias suicidas e ansiedades paranoides. Após a fase depressiva, chega o momento da recuperação onde, sem que haja qualquer distúrbio psíquico, o paciente aceita a cegueira. Para Fitzgerald, o sujeito necessita de aproximadamente dez meses para ultrapassar todas estas fases (Barczinski, s. d).

Das perdas relacionadas com a ocupação e com a situação financeira fazem parte a perda do lazer, a perda da carreira, do objetivo vocacional, e da oportunidade de emprego. Também têm as perdas que têm implicações na personalidade como um todo: perda da independência pessoal, da adequação social, do anonimato, da autoestima, e da organização total da personalidade. O autor aponta ainda outras perdas como: perda da decisão, do sono nas horas certas e constante sensação de fadiga (Rodriguês, 2004).

Além disso, os sujeitos que apresentam doenças oftalmológicas cujo prognóstico seja inseguro ou negativo podem viver as suas vidas temendo a cegueira, e por outro lado alimentando esperanças, que, por sua vez, podem implicar uma insegurança constante para os planos de futuro (Rodriguês, 2004).

### 1.3-Adultez

Os passos para o desenvolvimento não seguem de forma automática, sem contradições, recuos ou desafios. Nesses diferentes caminhos e diversas experiências existe em comum uma vontade de reflexão e partilha pela vivência humana (Agudo, 2008).

Ao longo do ciclo vital, são as grandes mudanças que definem as fases da vida, e de todas, a idade adulta é a fase mais longa e ativa que um indivíduo vivencia, e ela possui características que lhe são próprias. Muitas modificações no ser humano que têm vindo a ocorrer devem-se a alterações geográficas e o envelhecimento populacional. O número de idosos aumentou a nível mundial, e com isso houve também um aumento da população adulta, que em todos os sentidos terão uma vida mais ativa em relação a empregabilidade, cultura, economia e também de muitas aprendizagens (Santos & Antunes, 2007).

É difícil delimitar a idade adulta numa faixa etária, isto porque esta faixa varia de acordo com cada teórico especialista na área ou também pelas regulamentações. Este trabalho aborda a idade adulta de acordo com a teoria psicossocial do desenvolvimento de Erikson. É importante assinalar que este teórico tinha a noção de que o desenvolvimento humano é um processo que percorre toda a vida do indivíduo. Este desenvolvimento psicológico é feito a partir de um conjunto de fases psicossociais, em que cada fase representa a introdução de um novo elemento no ciclo afetivo e social do desenvolvimento. Cada uma dessas fases apresenta um desafio que tem que ser superado (Farinha, 2015).

É de sublinhar que não é possível estudar os períodos do desenvolvimento sem os articular entre si e, portanto, o período da vida adulta não é totalmente independente dos períodos que o precedem (Costa, 2013).

As diferentes idades da vida são vivenciadas por pessoas diferentes, trajetórias e referências próprias, com uma determinada cultura, conjuntura histórica e socioeconómica (Sousa, 2010).

Segundo Erikson, o estágio que corresponde ao adulto maduro é o sétimo, generatividade versus estagnação, que corresponde ao desenvolvimento do ego. A generatividade é a capacidade de proteger as gerações e instituições sociais. Nesse estágio o

indivíduo desenvolve a virtude do cuidado, ele é responsável e conselheiro dos seus descendentes (Barros, sem data).

No estágio generatividade versus estagnação, entre os 35 e 65 anos, o adulto tenta satisfazer a necessidade de cuidar e ser útil aos outros, ou seja, ele deve procurar uma forma de ser generativo (procriando, produzindo, sendo criativo, ensinando e liderando, ajudando na evolução da ciência), deve agir de modo a deixar algo útil a próxima geração. De acordo com Erikson a generatividade é «a preocupação em relação à formação e orientação da nova geração». Neste estágio as ações feitas pelo sujeito serão benéficas para as gerações vindouras e não a si próprio. Se promover a estagnação não terá a possibilidade de fazer algo que transcenda a sua própria morte e contribua para um futuro melhor e consequentemente sente empobrecido pessoalmente (Sousa, 2010).

Ele defendia que ter uma relação sexual estável e madura, não era suficiente para atingir um desenvolvimento completo da personalidade. Cada adulto tem a vontade de realizar alguma coisa que perdure. Na maioria dos casos esta tarefa é realizada através de gerar filhos, de realizar qualquer coisa útil a nível profissional ou mesmo transmitir os seus conhecimentos. Nos casos onde o adulto não consegue realizar as tarefas inerentes a esta fase, podem sentir-se estagnado ou mesmo falta do sentido da vida (Farinha, 2015).

Esta fase o ser humano sente que sua personalidade foi enriquecida e não modificada. Isto porque ele sente necessidade de transmitir e ensinar os seus conhecimentos, é uma forma de fazer valer a pena todo o esforço da sua vida e saber que transmitiu aos outros a sabedoria que veio adquirindo no que diz respeito a cultura e outras áreas da vida. Com o passar do tempo esta fase tem-se ampliado. Uma década atrás a forma de viver era casando e tendo filhos, principalmente as mulheres. Nos dias de hoje há maiores números de escolhas, e com isso as formas de expressar a generatividade também se ampliam, de forma que as aquisições desta fase não se resumem apenas na dedicação a família (Rabello & Passos, S.d.).



#### **1.4- Qualidade de Vida Condicionada pela Baixa Visão**

As ciências humanas e biológicas desde sempre deram ênfase a questões relacionadas com a qualidade de vida, no sentido de ampliar os parâmetros que restringiam apenas nos sintomas, diminuição da mortalidade, ou o aumento da expectativa de vida. Existem autores que caracterizam qualidade de vida como sinónimo de saúde, enquanto outros autores, ampliam o seu conceito onde a saúde seria mais um ponto a ser analisado (Flek et al, citado por Pereira, Teixeira & Santos, 2012).

O conceito de qualidade de vida muitas vezes sofre alterações de acordo com a área de estudo, dependendo do autor, este ganha um significado. Michalos, Zumbo e Hubley (2000), Schmidt, Power, Bullinger e Nosikov (2005) caracterizam-no como sinónimo de saúde, já os autores como, Renwick e Brown (1996) o definem como sendo felicidade e satisfação pessoal, Buss (2000), condições de vida do indivíduo Nahas (2003), defende que é o estilo de vida. Os seus indicadores vão desde a capacidade de produzir até a alegria pessoal (Pereira, Teixeira & Santos, 2012).

A qualidade de vida é a perceção do indivíduo na sua integração no sistema de valores em que vive, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões, preocupações e no contexto cultural em que encontra inserido (Pereira, Teixeira & Santos, 2012).

Segundo a OMS, a qualidade de vida define-se como sendo “ a perceção do indivíduo na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e perceções.” (Gomes, 2015).

Ellwein (2001), constatou que embora as patologias diferenciassem muito entre si, os pacientes abordam de forma semelhante os seus problemas. Deste modo foi possível concluir que o impacto da deficiência visual na vida diária depende da severidade da doença e o grau da deficiência, mas mantendo as mesmas variáveis em todos os pacientes (Rodriguês, 2004).

A visão é um fator determinante na qualidade de vida dos indivíduos. Logo a redução da acuidade visual pode limitar as atividades escolares, profissionais e cotidianas dos indivíduos com baixa visão. O conhecimento em relação à saúde ocular e como a

pessoa encara essa deficiência constitui condição necessária e antecedente às ações de habilitação e reabilitação visual (Ferroni, 2011).

Um estudo feito por Frost e seus colaboradores em 1998 concluiu que as pessoas que têm problemas na visão consideram que este problema interfere na qualidade de vida. Um outro estudo sobre qualidade de vida e saúde, feito por Alonso, Prieto, Ruigómez e Antonó, em 1993, demonstrou que a cegueira se enquadra num nível moderadamente baixo de saúde no que diz respeito a energia, ao sono, mobilidade física e reações psicológicas, e ainda dificuldades na capacidade funcional no desempenho de tarefas de vida diária. Há uma maior afetação da capacidade funcional nos indivíduos que possuem apenas percepção de luz ou vulto (Rodrigues, 2004).

As pessoas cegas apresentam um maior isolamento social, e dificuldades em relação a sua autonomia. Verdugo e colaboradores fizeram um estudo sobre qualidade de vida percebida pelas pessoas com deficiência visual, onde entre outras conclusões, constataram que as pessoas que têm outras deficiências além da deficiência visual, as mulheres, as pessoas com idade superior a 50 anos, necessitam de mais ajuda para melhorar as percepções negativas em relação a qualidade de vida (Rodrigues, 2004).

De acordo com Gambarato e colaboradores (2012) a baixa visão não limita as pessoas tanto nas tarefas do dia-a-dia. Já Díaz e colaboradores (2009) dizem que a pessoa portadora de baixa visão tem sua capacidade de enxergar prejudicada por fatores que limitam sua visão em alguns ou em vários aspetos (Mascarenhas, 2015).

Muitas vezes além da pessoa perder a visão o sujeito sofre com outras perdas, por exemplo as atividades profissionais, a execução das atividades cotidianas, entre outras. Com isto pode haver uma mudança na rotina de sua vida (Pereira & Nascimento, 2015).

## **1.5- Reabilitação Visual**

Através da reabilitação é possível que o indivíduo tenha autonomia e seja integrado na sociedade. Esta é feita através de mecanismos de ação social e individual, que

visa capacitar o sujeito portador de deficiência visual a estimular os seus próprios recursos para tomar decisões e escolher o seu caminho (CBO, 2018).

De acordo com o Centro de Informação Europeia Jacques Delors “A reabilitação é um processo global e contínuo destinado a corrigir a deficiência e a conservar, desenvolver ou a restabelecer as aptidões e capacidades da pessoa para o exercício de uma atividade considerada normal” (Rodriguês, 2004).

Atualmente, a reabilitação visual do portador de baixa visão abrange, conjuntamente ao tratamento médico, condutas óticas, com indicação de auxílios óticos, avaliação das incapacidades nas diversas áreas, inclusive educativas. A reabilitação visual tem como objetivo favorecer o desenvolvimento e a independência das pessoas com baixa visão, e por isso é dirigida às alterações funcionais das desordens oculares e suas implicações (Monteiro, 2010).

A reabilitação é feita através de uma equipa multidisciplinar, que engloba: o serviço social, para que o indivíduo atue de forma consciente, independente e produtiva onde vive; a psicologia, com o objetivo de obter condições internas favoráveis para o processo de melhor adaptação a deficiência e outros aspetos da vida; a fisioterapia tem como objetivo fazer a terapia do movimento, devolvendo a capacidade física; atividades de vida diária, que desenvolve a capacidade de cuidar de si próprio de forma autónoma e autossuficiente; a comunicação ajuda na readaptação do processo de escrita e informático, aprendendo a escrever em braille, e usando auxílios óticos e informáticos; a orientação e mobilidade, feito pelo Ortoptista, aprendem a usar os recursos mecânicos, óticos e eletrónicos, visando a independência na locomoção (CBO, 2018).

A reabilitação atende a pessoa que adquiriu a deficiência visual na fase adulta ou mesmo aquela que perdeu a visão ainda na infância e não teve atendimento especializado. Tem o objetivo de dotar essas pessoas, de recursos para retomar uma vida independente e de autoconfiança através de um programa especializado. Sua função prioritária é a reinserção do reabilitando na sociedade como um todo, dando autonomia para que esse indivíduo retome seu direito de ir e vir e participe ativamente do mundo social, sem precisar viver aprisionado para o resto da vida (Silva, 2015).

No processo de reabilitação a autonomia é almejada, bem como a reestruturação de diversas áreas da vida pessoal e social. Portanto este processo não é apenas essencial para a sua autonomia, mas também para melhorar as suas relações sociais, utilização de recursos e o fortalecimento da constituição individual estabelecida nesse processo (Aciem, 2011).

No dia-a-dia o Oftalmologista lida com diversos tipos de patologias que afetam a visão e o seu foco principal é a cura dessas doenças. Apesar do atendimento atempado e dos diversos recursos terapêuticos, existem condições crônicas de deficiência visual. A atenção Oftalmológica permite à baixa visão o direcionamento de ações como o esclarecimento a família, tratamentos necessários, adaptação de auxílios de baixa visão até mesmo fazer o encaminhamento para outros profissionais de saúde competentes na área de reabilitação visual (Haddad, 2006).

### **1.5.1- Papel do Ortoptista na reabilitação visual**

Atualmente as áreas de atuação do Ortoptista são: ortóptica, optometria/contactologia, técnicas complementares de diagnóstico, reabilitação visual e cuidados primários da saúde da visão (Ferreira, 2015).

Para reduzir o número de casos de deficiência visual é crucial avaliar a magnitude e as causas da deficiência visual, assegurando a efetividade dos cuidados de saúde.

Os cuidados primários da visão são os cuidados que identificam doenças antes que estas se tornem em graves problemas de saúde pública. Os cuidados primários da visão podem ser prestados de diversas formas tais como: educação para a saúde da visão, identificação de sintomas, medição da acuidade visual, exame básico do olho, diagnóstico e encaminhamento atempado (Ferreira, 2015).

Com a evolução científica da oftalmologia houve a necessidade de alargar o ensino dos Ortoptistas a novas áreas complementares, nomeadamente na promoção e educação da saúde da visão, sendo que as ações de rastreio efetuadas por Ortoptistas são cada vez mais

frequentes. O Ortoptista assume extrema importância na interligação ao médico Oftalmologista, pois a sua atuação ao nível dos cuidados de saúde primários poderá ser crucial, na medida em que o diagnóstico atempado pode conduzir a uma melhor reabilitação do utente, à melhoria das recidivas ao tratamento e assim permitir aos utentes uma melhor qualidade de vida, contribuindo para o seu bem-estar (Costa, 2010).

Foi na segunda metade do século XX que surgiu os primeiros serviços de reabilitação visual e baixa visão. Antes deste período não havia nenhuma classificação para a deficiência visual. Nas décadas de oitenta e noventa surgiram os primeiros centros de atendimento as pessoas com baixa visão nos serviços Universitários públicos. Desde esta época o Ortoptista atua na assistência desses pacientes realizando avaliações das funções visuais e auxiliando os Oftalmologistas na reabilitação do mesmo. Além da reabilitação ainda o Ortoptista atua no ensino, pesquisa científica e congressos na área da baixa visão. Nos dias de hoje o Ortoptista participa de equipas multiprofissionais, em centros de reabilitação ou mesmo em hospitais (Tamaki, 2013).

O Ortoptista realiza os testes clássicos e avalia a capacidade visual do sujeito, sempre tendo em conta a idade e as atividades que este pretende desempenhar. O Ortoptista tem a função de medir a acuidade visual, avaliação da visão binocular, ao nível motor, fusional e acomodativa. Ele também é o responsável de fazer a análise da discriminação visual, observar os movimentos oculares, noção de organização do espaço onde o sujeito se encontra e memória visual. Outros testes que são pertinentes realizar e encontram-se dentro das competências do Ortoptista são: a exploração da visão cromática, medição do campo visual, exames eletrofisiológicos e, por último, a análise da sensibilidade ao contraste (Mouga, 2003).

É de assinalar que o Ortoptista determina o valor da ampliação para os auxílios óticos, treina as pessoas portadoras a usar estes auxílios, ensina a escrever em braille, usar a bengala e ajuda as pessoas portadoras de baixa visão na orientação e mobilidade.

### **1.5.2- Auxílios utilizados na baixa visão**

É possível melhorar a capacidade visual através da modificação da imagem na retina, usando auxílios adequados, e alterando o meio onde encontra o indivíduo inserido. De todas essas opções, a ampliação da imagem na retina é a mais eficaz nos pacientes com baixa visão (Lopez & Faye, citado por Haddad 2006).

Consegue-se essa ampliação através de diversas formas: ampliação através da diminuição da distância relativa entre o observador e o objeto. Quanto mais próximo do objeto, maior será a imagem percebida na retina (Haddad, 2006).

Ampliação linear, onde aumenta o tamanho do objeto: esta divide-se em ampliação angular onde utiliza-se lentes ou combinação de lentes para conseguir a ampliação desejada. Desta forma dá a impressão de que o objeto se encontra numa distância mais próxima. Por último temos a ampliação por projeção, onde a ampliação é obtida através da projeção do objeto numa superfície. De acordo com a necessidade e os objetivos do paciente, essas ampliações podem ser usadas de forma isolada ou combinada (Haddad, 2006).

A ampliação depende da distância que o indivíduo necessita, se é a de perto ou longe. Para realizar tarefas que exigem a visão de perto pode-se utilizar, óculos com lentes convexas, lupas manuais, lupas de apoio e sistemas telescópios ou telemicroscópios e para a visão de longe temos os telescópios. A ampliação necessária vai depender da acuidade visual do indivíduo longe e perto, e os valores necessários da acuidade visual necessários para desempenharem a tarefa que o paciente deseja (Lopez, citado por Haddad, 2006). É necessário um treino prévio com o auxílio, para que seja garantido o sucesso da sua adaptação. É possível prescrever um auxílio ótico para cada atividade ou situação (Haddad, 2006).

A tecnologia assistiva «é uma terminologia ainda nova que, segundo Sartoretto e Bersch (2014) e Giaretta (2004), é utilizada para identificar os recursos tecnológicos e serviços que contribuem para o processo de ampliação das habilidades funcionais de indivíduos portadores de deficiência e por consequência, promover sua inclusão. São

utilizadas como redutor de desvantagens entre deficientes visuais e indivíduos normovisuais (Borges, 2015).

Recurso de Tecnologia Assistiva para baixa visão é qualquer solução que promova o melhor desempenho do indivíduo em suas atividades cotidianas e tem por finalidade eliminar ou minimizar as dificuldades visuais. Tais recursos podem ser de alta (avançada) ou baixa tecnologia e classificados como óticos, não óticos, eletrônicos e de informática (Ferroni, 2011).

Os auxílios não-óticos referem-se às mudanças relacionadas ao ambiente, ao mobiliário, à iluminação e aos recursos para leitura e escrita, como contrastes e ampliações, usados de modo complementar ou não aos auxílios óticos. Incluem, também, auxílios de ampliação eletrônica e de informática (Silva, Frighetto & Santos, 2013).

Considera-se auxílios não-óticos: a iluminação natural do ambiente, uso de lâmpada incandescente e ou fluorescente no teto, contraste nas cores, por exemplo: branco e preto, preto e amarelo, visores, bonés, oclusores laterais, folhas com pautas escuras e com maior espaço entre as linhas, livros com texto ampliado, canetas com ponta porosa preta ou azul escura, lápis (6b) com grafite mais forte, colas em relevos coloridas ou outro tipo de material para marcar objetos ou palavras, prancheta inclinada para leitura, tiposcópio: dispositivo para isolar a palavra ou sentença (Silva, Frighetto & Santos, 2013).

Os auxílios óticos são lentes ou recursos que possibilitam a ampliação de imagem e a visualização de objetos, favorecendo o uso da visão residual para longe e para perto. Exemplos de auxílios óticos são lupas de mão e de apoio, óculos bifocais ou monolares e telescópios, dentre outros, que não devem ser confundidos com óculos comuns (Silva, Frighetto & Santos, 2013).

O circuito fechado de televisão (CCTV) é um auxílio eletrônico, também designada de lupa TV, e esta pode ser móvel ou fixa. Pode usar aplicações informáticas e ou sistemas de *hardware* (computador pessoal) (Ladeira e Queirós, 2002). O CCTV consiste em um sistema de câmara de televisão acoplado a um monitor que tem por finalidade ampliar o texto focalizado pela câmara; a lupa eletrônica: recurso usado para ampliação de textos e imagens (Silva, Frighetto & Santos, 2013).

## **CAPÍTULO II – FASE METODOLÓGICA**



## **2.1 - Fundamentação Metodológica**

Qualquer trabalho de investigação requer uma metodologia, de modo a facilitar o alcance dos objetivos traçados. Esta fase pretende apresentar o desenho de investigação, instrumento de recolha de dados, descrever os participantes e o campo empírico bem como os procedimentos metodológicos.

Nesta fase determina-se os procedimentos necessários para apresentar as questões metodológicas como instrumento de recolha de informações para execução do estudo.

## **2.2- Tipo de Estudo**

A metodologia utilizada nesse estudo é qualitativa, trata-se de um estudo descritivo e exploratório, a lógica da pesquisa é indutiva, a sua filosofia é a fenomenologia, e no que diz respeito ao tempo é de carácter transversal, de modo a conhecer o impacto que a baixa visão adquirida na idade adulta tem na vida pessoal e social do sujeito.

Acredita que se trata do desenho que mais se adequa a essa investigação. Ela é qualitativa isto porque recolheu informações junto às pessoas com baixa visão causada por retinopatia diabética que frequentam o serviço de Oftalmologia do HBS, com o intuito de perceber como eles sentem e vivem a baixa visão adquirida na idade adulta, bem como descrever as reações psicológicas e as mudanças sociais relacionadas a essa perda.

É exploratório porque este estudo é pouco explorado em Cabo Verde e é o primeiro trabalho de investigação realizado nesta Universidade com este tema. É descritivo porque pretende descrever o impacto psicossocial que a baixa visão adquirida na idade adulta tem na vida do sujeito.

A sua filosofia é a fenomenologia, visto que estuda as experiências particulares e a forma como elas são vivenciadas e descritas pelos sujeitos. Nesse estudo utilizou-se dados

subjetivos, tal como foram descritos pelos entrevistados a fim de descrever as dificuldades enfrentadas para reintegrar na sociedade.

Em relação ao horizonte do tempo, trata-se de um estudo de caráter transversal, porque o investigador fez a recolha dos dados num único momento, não foi necessário seguir os entrevistados por um período de tempo.

### **2.3- Instrumentos de Recolha de Informação**

Tendo em conta o tipo de estudo, e mais especificamente os objetivos que se pretende alcançar, a entrevista semiestruturada é o método de recolha de informação mais adequado.

Fortin (2009) define a entrevista como sendo a forma de comunicação verbal estabelecida entre um entrevistador e um respondente. Já a entrevista semiestruturada, é quando o investigador pretende obter informações mais detalhadas acerca de um tema. Pode-se dizer que este tipo de entrevista é usado quando o investigador deseja compreender o significado de um determinado acontecimento vivido pelos participantes.

Neste tipo de entrevista o investigador tem as questões pré-definidas como uma diretriz, mas não ditam a forma como a entrevista vai decorrer, na medida em que as questões não têm de ser colocadas numa determinada ordem e nem exatamente da mesma forma que foram inicialmente definidas. A entrevista permite alcançar as informações subjetivas de cada pessoa que adquiriu baixa visão na idade adulta.

Com efeito, elaborou-se um guião de entrevista, com base na literatura presente no enquadramento teórico, de modo que o investigador pudesse compreender as vivências e experiências particulares dos participantes e captasse o verdadeiro ponto de vista de cada participante.

O guião foi aprovado pela orientadora, embora não foi feito um pré-teste de roteiro, no momento das entrevistas foram esclarecidas qualquer dúvida em relação às questões.

## **2.4- Participantes do Estudo**

Para fazer a seleção dos participantes consultou todos os arquivos dos utentes do Serviço de Oftalmologia do Hospital Baptista de Sousa (HBS) com a idade compreendida entre os 35 e os 65 anos. Elegeu-se a retinopatia diabética porque se estima que ela é a principal causa de deficiência visual adquirida nos adultos em São Vicente.

Os participantes foram selecionados sempre tendo em conta que possuíam baixa visão por retinopatia diabética. Obedeceu aos seguintes critérios de inclusão e exclusão:

### Critérios de inclusão:

- Idade compreendida entre 35 a 65 anos;
- Apresentar baixa visão irreversível e gradual originada pela retinopatia diabética.
- Uteses que realizaram a ultima consulta do Serviço de Oftalmologia do HBS no período de 2017 a 2019;
- Participar livremente.

### Critérios de exclusão:

- Indivíduos com cegueira total;

Assim, participaram neste estudo oito indivíduos adultos com baixa visão adquirida em decorrência da retinopatia diabética, que são todos os que preenchem os critérios supramencionados, à exceção de um que se recusou a participar.

A seguir, apresentar-se-á a descrição dos participantes, tendo em conta uma série de informações sociodemográficas e pessoal recolhida junto deles (sexo, idade, coabitação, habilitações literárias, profissão, estado civil e tempo com a baixa visão).

#### **2.4.1- Caraterização dos participantes**

Dos oito participantes, quatro são do sexo feminino e os outros quatro do sexo masculino. A idade varia dos 53 a 60 anos. Em relação a coabitação, a maioria (sete) vive com os familiares e um vive só. No que diz respeito a habilitação literária encontra-se dois analfabetos, um que estudou até o 5º ano e quatro que estudaram até o quarto ano do ensino básico. Relativamente à situação profissional, dois são já reformados, duas são domésticas, três estão ativos e um desempregado.

As pessoas que participaram deste estudo residem em diferentes zonas da ilha de São Vicente: Monte Sossego, Vila Nova, Pedra Rolada, Fonte Francês, Fonte de Inês, Ribeirinha e Espia.

Sobre o tempo que recebeu o diagnóstico da baixa visão, este varia de 2 meses a 7 anos, aproximadamente. A acuidade visual varia dos 3/10 até conta dedos a 1 metro.

Torna-se relevante salientar que só fizeram parte 8 sujeitos porque foram nove que preenchiam os critérios de seleção, mas um não aceitou participar do estudo.

Salienta-se ainda que para salvaguardar a identidade dos participantes deste estudo, optou-se por nomeá-los genericamente com a letra “E” (de Entrevistado) acompanhada de numerais de 0-8 (E1 até E8), de modo a garantir o seu anonimato.

**Tabela 1: Caraterização dos participantes**

ID	Sexo	Idade	Coabitação	Morada	Hab. Literárias	Profissão	Estado civil	Tempo com BV	AV
E1	F	56 A	Coabita com os familiares	Vila Nova	Analfabeta	Doméstica	Casada	2 M	S/C OD-3/10 OE-1/10 OU- 3/10

E2	M	59 A	Coabita com os familiares	Monte Sossego	4º Ano	Reformado	Casado	6/7 A	C/C OD-2/10 OE-3/10 OU- 3/10
E3	M	53 A	Vive só	Monte Sossego	5º Ano	Carpinteiro	Solteiro	2 A	S/C OD- 3/10 OE-2/10 OU-3/10
E4	F	55 A	Coabita com os familiares	Ribeirinha	4º Ano	Operária na empresa Y	Casada	1 A	C/C OD- 2/10 OE- 1/10 OU- 2/10
E5	F	56 A	Coabita com os familiares	Espia	3º Ano	Doméstica	Viúva	1 A	S/C OD-1/10 OE- conta dedos a 4 metros OU- 1/10
E6	M	60 A	Coabita com os familiares	Fonte de Inês	4º Ano	Reformado	Casado	4 A	S/C OD- conta dedos a 2 metros OE-2/10
E7	F	59 A	Coabita com os familiares	Pedra Rolada	Analfabeta	Empregada doméstica	Solteira	N.S	S/C OD- 1/10 OE- conta

									dedos a 1 metro OU- 1/10
E8	M	58 A	Coabita com os familiares	Fonte Francês	4º Ano	Desempregado	Casado	2 A	S/C  OD- 1/10  OE-1/10  OU- 1/10

**Fonte:** Elaboração própria.

**Legenda:** E - Entrevistado, F- feminino; M – Masculino; A – Anos; AV – acuidade visual; M- Meses; N.S – Não sabe; C/C- com correção; S/C – sem correção

## 2.5- Descrição do Campo Empírico

Neste estudo, tem-se como campo empírico o Serviço de Oftalmologia do HBS onde foi feita a seleção dos participantes e os domicílios dos participantes onde foram feitas as entrevistas.

### 2.5.1- Descrição do Serviço de Oftalmologia do HBS

Como foi dito anteriormente, a seleção dos participantes foi feita através da consulta das fichas dos utentes que frequentam o Serviço de Oftalmologia do HBS. Tendo em conta a idade e que estes têm como causa da baixa visão, a retinopatia diabética. Foi escolhido o Serviço de Oftalmologia do HBS porque neste local teria maiores informações dos participantes, como a sua idade, causa de baixa visão e tempo de diagnóstico, dados que não tive acesso na Associação dos deficientes visuais de Cabo Verde e que seriam importantes na seleção dos participantes.

Em termos de espaço este se encontra dividido em dois gabinetes de Oftalmologia, com materiais/ equipamentos e medicamentos ligados a esta área. Um gabinete de Ortóptica onde se realiza as pré-consultas e os tratamentos ortópticos, uma sala de exames complementares (medição de campo visual, cálculo de lente intraocular e consultas de deficiência visual) e um gabinete da Diretora do Serviço.

Os dois Gabinetes de Oftalmologia estão equipados com dois Biomicroscópicos, duas Caixas de provas, um LCD Chart, um Projetor de Otótipos, um Oftalmoscópio, um Retinoscópio, Autoqueratorrefratômetro, um Frontofocómetro manual.

Por sua vez, o gabinete ortóptico encontra-se equipado com um Sinoptóforo, um Autorrefraqueratometro, Escalas de AV para longe (projetores calibrados a 5 m e Sheridan), Escalas de AV para perto, Asa de Maddox, Placa de *Mawas*, Cadernos de Weiss, Estereogramas, *Ishiara*, *Tymus test*, Prismas (barras e soltas), Luzes de Worth, Oclutor com buraco estenopeico, Diploscópio, Vidros Estriados de Bagollini. Uma sala de exames complementares de diagnóstico, onde se pode encontrar um Biómetro, um Campímetro Humphrey Systems, um Queratómetro de Javal.

As consultas de deficiência visual são realizadas na sala de exames complementares. Ela está equipada com lupas de mão, lupas de apoio, CCTV, escalas de acuidade visual tanto para perto como para longe, escalas de medição a sensibilidade ao contraste, telescópios, lentes de ampliação, filtros solares e telescópios. É de assinalar que a reabilitação é pouco explorada neste serviço e ainda não fazem reabilitação ao domicílio.

### **2.5.2- Descrição dos domicílios**

De um modo geral, os domicílios dos participantes deste estudo estão dispersos pela ilha (Monte Sossego, Vila Nova, Pedra Rolada, Fonte Francês, Fonte Inês, Ribeirinha e Espia). São domicílios situados em diferentes zonas periféricas, porém, caracterizadas, na sua maioria, pela edificação contínua e pela existência de infraestrutura urbana como o abastecimento de água, serviços de esgoto, fornecimento de energia elétrica, escolas, centros de saúde, polícia, acesso a transporte, etc., que possibilita a vida dos moradores.

De um modo geral, as moradias em si possuem boas condições de habitabilidade. No entanto, a residência do E3 possui baixa iluminação natural e apresenta uma certa desorganização, condições que podem tornar difícil a vivência de uma pessoa com baixa visão. As moradias do E1 e E7 possuem pouca segurança.

## **2.6- Procedimentos éticos e legais**

Esta fase consiste na prática das atitudes consideradas éticas, que devem ser tidas em conta durante um processo de investigação, a ponto de salvaguardar os direitos dos participantes.

Para a realização das entrevistas, foi solicitada permissão à responsável do centro de Oftalmologia do HBS através de um requerimento (cf. Apêndice I), uma vez que foi necessário consultar os arquivos, de forma a selecionar as fichas das pessoas portadoras de baixa visão por retinopatia diabética.

O primeiro contato com os participantes foi feito pelo Ortoptista do Serviço de Oftalmologia do Hospital Baptista de Sousa, por via telefónica, a fim de os perguntar se aceitavam participar no estudo. Um segundo contato telefónico foi estabelecido posteriormente, pelo investigador, e visou explicar os objetivos e a finalidade do estudo e que seria garantido o anonimato e a confidencialidade relativamente às informações. Tendo aceites participar, agendou-se as datas e horários das entrevistas. De referir que houve uma pessoa que preenchia os critérios de inclusão que recusou participar.

No momento da entrevista os entrevistados receberam um termo de consentimento informado (cf. Apêndice II), explicando os objetivos do estudo e as questões éticas. É de assinalar que para todos os participantes, a entrevistadora fez a leitura dos consentimentos ou devido a baixa visão do participante ou devido a iliteracia. Devido a este último fato, alguns dos participantes só deram verbalmente o seu consentimento.

As entrevistas foram realizadas durante o mês de abril de 2019 (houve dias em que foi feita mais do que uma entrevista, uma de manhã e outra de tarde), decorreram em



ambientes calmos e sem a presença de terceiro, foram conduzidas em crioulo, mediante um guião de entrevista feita com base na literatura (cf. Apêndice III), sendo a duração média de cada uma 20-25 minutos.

Os discursos foram gravados em áudio e posteriormente transcritas em português, o mais fielmente possível de modo a conservar a essência dos discursos e, posteriormente, procedeu-se à análise de conteúdo dos mesmos.

## **CAPÍTULO III – FASE EMPÍRICA**

### 3.1- APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

As entrevistas foram analisadas através da análise de conteúdo porque segundo Silva e Fossá (2013), trata-se de uma técnica de análise de comunicação que permite analisar o que foi dito em entrevistas e tem sido amplamente difundido e empregado, a fim de analisar dados qualitativos.

O processo de análise de conteúdo seguiu as orientações propostas por Bardim (2011). Essa análise é feita em três fases, onde a primeira fase é a pré-análise onde sistematiza as ideias iniciais colocadas pelo quadro referencial teórico e é estabelecido indicadores para a interpretação das informações coletadas. Na segunda fase faz-se a exploração do material que consiste na construção das operações de codificação, considerando os recortes dos textos em unidades de registo (os parágrafos de cada entrevista onde as palavras-chaves são identificadas), a definição de regras de contagem e a classificação e agregação das informações em categorias simbólicas ou temáticas. Por último faz-se os tratamentos dos dados que consistem em captar os conteúdos manifestos e latentes contidos em todo o material coletado. A análise comparativa é feita através da justaposição das diversas categorias existentes em cada análise, ressaltando os aspetos considerados semelhantes e os que foram concebidos como diferentes.

Dessa análise resultaram 5 categorias e 1 subcategoria, conforme se mostra seguidamente:

Categoria I	<b>Reações face a baixa visão</b>
Subcategoria I	<b>Sentimentos em relação a perda visual</b>
Categoria II	<b>Processo de aceitação da baixa visão</b>
Categoria III	<b>Qualidade de vida perante a baixa visão</b>
Categoria IV	<b>Relações estabelecidas com a sociedade</b>
Categoria V	<b>Reabilitação visual</b>

## **Categoria I – Reações face a baixa visão**

Esta categoria foi determinada porque houve a necessidade de perceber as reações que cada entrevistado teve ao receber o diagnóstico de baixa visão. Ao perceber que mesmo com a correção ótica a sua visão estaria acometida e isso afetaria todas as áreas da sua vida.

O que pode constatar que no início não aceitam esta diminuição irreversível da visão, acreditando que existe alguma forma de recuperar a visão que tinham antes.

*“Logo que a médica referiu a perda visual fiquei triste, porque sempre quis ter a minha visão, mas ainda tenho esperança que receitam umas lentes” E1*

*“Pedi para que fosse evacuado para Portugal com esperanças que houvesse mais melhorias, mas agora já encaro isso melhor do que antes, pensando que é a vontade de Deus” E2*

*“Aceitei tudo com tranquilidade” E3*

*“Logo de início eu não queria aceitar, até pedi lentes, mas disseram que mesmo com eles a minha visão não ia melhorar, aos poucos fui acostumando.” E4*

*“Muitas vezes eu peço a médica para prescrever uns óculos para que eu possa pelo menos ler e assim o tempo passa mais depressa.” E5*

*“Ninguém fica feliz por saber que está perdendo a visão, mas já era uma coisa esperada, já estava a preparar para este momento.” E6*

*“Primeiramente fiquei triste, mas depois fui acostumando” E7*

*“Não queria saber, sempre acreditava que a minha visão poderia voltar, mas aos poucos fui aceitando.” E8*

Mesmo que o ser humano vivencia várias perdas desde o nascimento e mudanças na forma de viver, nunca está inteiramente preparado para as perdas. As perdas sempre trazem reações e com a perda visual não fugiu a regra é possível perceber isso através das respostas transcritas dos participantes. Estes referem que o primeiro impacto foi negativo, onde pediram para ser evacuado como foi o caso do E2, outros pediram a prescrição de lentes como retratam o E1, E4 e o E5 com esperança de recuperar a visão e outros referem que sentiram tristes.

### **Subcategoria I – Sentimentos em relação a perda visual**

Esta subcategoria foi determinada, porque precisava perceber como um sujeito que conhecia o mundo através da visão, desempenhava as suas tarefas sem nenhuma dificuldade, sente ao perceber que vai precisar de ajuda para realizar essas tarefas e a sua visão já não vai ser como antes.

De acordo com os relatos dos entrevistados, a maioria dos casos retrata sentimento de tristeza, e uma minoria refere estar conformado com a baixa visão adquirida.

*“Uma vez que se trata de doença de Deus, temos que conformar”* E1

*“Fiquei muito preocupado e triste”* E2

*“Eu encaro esta condição normalmente, porque consigo fazer as minhas tarefas. Já tive em situações em que estava numa cadeira de rodas onde eu dependia muito dos outros”* E3

*“Eu senti muito triste e desanimada”* E4

*“Eu senti triste, mas tentava disfarçar das outras pessoas”* E5

*“Há muito tempo estava a preparar-me por este momento, porque já tinham informado da possível perda visual devido a diabetes, logo não fiquei surpreso com esta perda, mas senti um pouco triste sim.”* E6

*“Fiquei triste porque uma pessoa com a sua visão é tudo na vida, sem ela, ela não é nada”* E7

*“Senti triste e arrependido porque deveria ir ao médico quando percebi que a minha visão estava diminuindo”* E8

Percebe-se que a maioria dos entrevistados teve o sentimento de tristeza, o E1 baseou-se em crença como forma de aceitar a situação e outros de acordo com a experiência de vida, ou mesmo porque já sabiam que corriam risco de perder a visão, começaram a preparar psicologicamente para a possível perda.

## **Categoria II – Processo de aceitação da baixa visão**

Logo de início a maioria não aceitou esta nova realidade, o que foi abordado anteriormente, mas com o passar do tempo começaram a aceitar e a sentirem melhor do que logo que receberam o diagnóstico da perda visual.

*“Neste momento me sinto bem com a minha pessoa, porque não dependo dos outros para realizar as tarefas que desejo” E1*

*“Sinto-me feliz, porque tenho a minha própria casa, todas as minhas filhas estão trabalhando na área que estudaram” E2*

*“Sinto capaz porque as minhas limitações não mudam muito a minha vida” E3*

*“Neste momento já não sinto triste como antes, fui aprendendo a viver desta forma, embora gostasse de ver mais” E4*

*“Sinto-me triste porque já não consigo divertir como antes” E5*

*“As vezes lamento, porque já não quero conduzir um carro para evitar acidentes e logo não vamos passear para o interior da ilha” E6*

*“Ainda sinto triste, porque se uma pessoa está afastada de mim eu a reconheço apenas pela voz, porque não consigo ver o seu rosto” E7*

*“Neste momento sinto bem, porque já não tenho os sentimentos de tristeza e arrependimento” E8*

Anteriormente abordou-se que a maioria dos entrevistados reagiu com a negação, que é uma condição temporária que ao longo dos tempos foi substituída pela aceitação da nova realidade por parte de alguns entrevistados. O processo de aceitação da baixa visão depende muito dos traços de personalidade de cada um. Alguns sentem que cumpriram com os seus deveres e isso ajuda no processo de aceitação da baixa visão nas suas vidas. Outros ainda sentem tristes e não aceitam o facto de terem dificuldades em realizar tarefas que antes desempenhavam com facilidade como é o caso do E5, E6 e E7.

### **Categoria III – Qualidade de vida perante a baixa visão**

De uma forma ou de outra a baixa visão alterou algum ponto na vida dessas pessoas, ou no trabalho, ou nas atividades de lazer, e com isto houve também uma mudança na vida diária e conseqüentemente na qualidade de vida destes.

*“Antes trabalhava como empregada, mas devido a outros problemas de saúde agora sou doméstica” E1*

*“Deixei o meu trabalho como cozinheiro de um navio por causa da minha visão, hoje tenho uma mercearia que fico quando a vendadeira vai almoçar” E2*

*“O meu trabalho continuou o mesmo, só que agora preciso de alguém para fazer as medidas” E3*

*“Continuo a trabalhar no mesmo lugar de antes e consigo levar uma vida normal.” E4*

*“Agora o tempo demora a passar porque já não leio um livro, costuro, nem faço rendas e bordados” E5*

*“Quando perdi a visão tive de pedir reforma por invalidez, porque já não conseguia ver os mínimos detalhes numa máquina e no termómetro, também precisei vender o carro porque com a minha visão afetada já não sentia seguro em conduzir.” E6*

*“A minha vida continuou igual, só que trabalho de empregada doméstica, quando lavo as roupas não consigo ver se elas realmente ficaram limpas” E7*

*“Quando perdi a visão já estava desempregado, então a minha vida continuou igual” E8*

Percebe-se que após adquirir baixa visão a maior parte dos entrevistados tiveram que mudar de emprego, reformar antecipadamente ou mesmo deixar de fazer tarefas como a leitura que está relacionada com a qualidade de vida destes sujeitos, uma vez que ao pedir reforma antecipada fica com muito tempo livre e á um relato de quem deixou de fazer costuras e leituras que eram a sua diversão. É importante frisar que uma perda traz, perdas secundárias. No caso da baixa visão irreversível atinge varias esferas da vida do indivíduo, tanto pessoal, familiar, social, mas de acordo com as pessoas entrevistadas a vida profissional que foi a mais atingida.

Neste estudo constatou que a baixa visão afeta principalmente a leitura, escrita, a costura e muitas vezes o indivíduo tem estas atividades como sendo de lazer. Com dificuldades na realização destas tarefas a qualidade de vida estará comprometida.

#### **Categoria IV – Relações estabelecidas com a sociedade**

As informações colhidas junto de pessoas portadoras de baixa visão mostram que estes mantiveram as relações com os seus familiares e com a sociedade em geral, mantendo também o círculo de amigos de sempre.

*“A minha relação com as outras pessoas permaneceu na mesma”* E1

*“As minhas amizades continuaram na mesma, para conversar com os amigos a distância uso as redes sociais.”* E2

*“Relaciono com os outros familiares como sempre e o meu círculo de amigos também permaneceu na mesma.”* E3

*“As relações com os outros continuaram igual”* E4

*“Os meus filhos, irmãos e amigos me deram muito apoio nestes últimos tempos”*

E5

*“A convivência com a minha família e amigos mais próximos permaneceu da mesma forma.”* E6

*“A convivência com os outros continuou igual.”* E7

*“A convivência com os outros é igual a antes.”* E8

Em muitos estudos relacionados com a deficiência visual, abordam a exclusão social, mas neste estudo os participantes relatam que não sentiram excluídos por parte da sociedade e nem dos seus familiares. Pelo contrário, receberam apoio por parte dos seus familiares e amigos mais próximos.

#### **Categoria V – Reabilitação visual**

A reabilitação visual é um fator primordial para devolver as pessoas com deficiência visual a sua independência e autonomia de modo que este desempenhe as suas atividades de vida diária com facilidade e melhore a sua qualidade de vida.



*“Antes eu usava lentes agora não uso nada para melhorar a minha visão” E1*

*“Eu tenho duas lupas, uma de mão (a que mais uso) e outra de apoio, em relação a minha moradia não foi feita nenhuma alteração” E2*

*“Ofereceram-me uma lupa, mas quase que não uso e a minha casa continuou igual” E3*

*“Eu uso apenas as lentes, nunca fiz nenhuma reabilitação” E4*

*“Não tenho nenhum auxílio que me ajuda a ver melhor” E5*

*“Disseram-me que existe um aparelho que poderia comprar e aumentava a imagem num livro ou no telemóvel, mas achei desnecessário comprar porque depois posso ficar cego e não usa-lo mais.” E6*

*“Não” E7*

*“Nunca fiz nada para melhorar a minha visão” E8*

O que pode constatar que apenas dois dos entrevistados tiveram contacto com a reabilitação visual, e os outros desconhecem a sua utilidade.

Neste estudo os participantes temem muito a cegueira, uma vez que relacionam esta com a dependência de terceiros. Se tivessem contacto com a reabilitação visual, ou mesmo o conhecessem saberiam que após fazer a reabilitação teriam a autonomia e independência. Neste sentido seria útil melhorar a área de reabilitação no país, de modo a promover uma vida mais autónoma das pessoas portadoras de deficiência visual no país.

### **3.2– DISCUSSÃO DOS DADOS**

Este trabalho teve como objetivo geral analisar o impacto psicossocial da baixa visão adquirida na idade adulta. Definiram-se os seguintes objetivos específicos: (I) Compreender como os usuários inscritos no serviço de Oftalmologia do HBS sentem e vivem a perda da visão na idade adulta; (II) Conhecer as principais reações psicológicas e as mudanças sociais relacionadas com a perda da visão na idade adulta percebida pelos usuários inscritos no serviço de Oftalmologia do HBS; (III) Descrever as dificuldades encontradas pelos usuários inscritos no serviço de Oftalmologia do HBS para reintegrar na sociedade; (IV) Analisar as estratégias de enfrentamento e adaptação à nova realidade utilizada pelos usuários inscritos no serviço de Oftalmologia do HBS.

No que diz respeito ao primeiro objetivo específico, compreender como os usuários inscritos no serviço de Oftalmologia do HBS sentem e vivem a perda da visão na idade adulta, foi alcançado na medida em que, as pessoas ao receberem o diagnóstico de baixa visão apresentam o sentimento de tristeza ou mesmo choque. Sempre vai ser uma experiência traumática, mesmo nos casos onde já têm conhecimento que correm o risco de perder a visão, isto porque o sujeito nunca está completamente preparado para a perda.

Estes dados estão de acordo com o estudo feito por Carroll (1968) e Canejo (1996) citado por Dia e outros (2015), estes referem que as reações face à baixa visão dependem do meio em que vive e a estrutura psicológica de cada um. Ou seja o impacto que a baixa visão causa varia de indivíduo para indivíduo, isto porque os seres humanos possuem diferenças na reação perante uma perda.

O segundo objetivo específico, conhecer as principais reações psicológicas e as mudanças sociais relacionadas com a perda da visão na idade adulta percebida pelos usuários inscritos no serviço de Oftalmologia do HBS foi atingido, uma vez que as pessoas nunca estão preparadas para as perdas, portanto sempre vão reagir perante tal, mas estas reações diferem muito de cada sujeito, isto porque a estrutura psicológica e a forma de enfrentamento difere muito de cada experiência de vida. As pessoas já tinham conhecimento que corriam o risco de perder a visão, portanto não houve um processo de despersonalização, isto porque estes começaram a preparar psicologicamente para tal condição antes de ela chegar.

Em relação as mudanças sofridas alguns deles reformaram antecipadamente, outros deixaram de ler frequentemente, escrever, costurar e isto mudou a qualidade de vida destes.

No que tange ao terceiro objetivo específico, descrever as dificuldades encontradas pelos utentes inscritos no serviço de Oftalmologia do HBS para reintegrar na sociedade, essas pessoas referem que não foram excluídas pela sociedade, mesmo que reformaram, mantiveram o contacto com seus colegas e amigos, ou seja, a baixa visão não interferiu na relação que estes têm com a sociedade e seus familiares. De acordo com o Ministério da educação de Brasília, o apoio de familiares e amigos é importante para fortalecer sua capacidade de luta, de forma a ajuda-lo a superar o golpe, e encarar a sua nova condição. Neste estudo constatou que a família e os amigos tiveram presentes neste processo doloroso que é a perda parcial da visão, o que facilitou a aceitação. É de assinalar que não foram percebidas situações de rejeição ou exclusão por parte da sociedade, como acontece com a maioria dos casos de deficiência.

O quarto objetivo específico, analisar a percepção que os utentes inscritos no serviço de Oftalmologia do HBS têm sobre a reabilitação visual, percebe-se que são poucas as pessoas com baixa visão inscritos no Serviço de Oftalmologia do HBS que conhecem ou mesmo tiveram acesso a reabilitação visual. Estes têm medo da cegueira porque associam a cegueira à perda de autonomia e consequentemente dependência de terceiros, os entrevistados têm medo de perder a visão não porque vão ficar cegos, mas sim dependentes e isto significa que não conhecem a reabilitação visual e o seu principal objetivo, que é devolver ao sujeito a independência e autonomia. A autonomia está relacionada à independência moral consigo mesmo e à um relacionamento saudável com a família e os outros membros da sociedade, enquanto a independência é poder atingir um bom desempenho nas atividades da vida diária, sem precisar da ajuda na maioria das tarefas.

É nesse contexto que a reabilitação é importante para devolver ao sujeito habilidades para realização das tarefas diárias com maior facilidade, proporcionando assim o desenvolvimento global, a independência e autonomia, além de facilitar a relação consigo e com os familiares e na participação das atividades do cotidiano. É de assinalar que durante o estudo percebeu que a reabilitação é uma área pouco explorada em São Vicente e que a maior parte dos entrevistados desconhecem sua importância.

Os entrevistados retratam que embora tenham dificuldades na leitura, escrita, costura ou condução, estes sentem que são independentes. Os que reformaram por antecipação tem uma atividade que exercem para distrair ou o apoio da família, tudo isto contribui para melhor enfrentarem o problema.

Conforme Gomes (2015) a deficiência visual diminui a qualidade de vida, porque a qualidade da visão também é um ponto a ser analisado, quando um indivíduo apresenta diminuição da sua visão, vai ter dificuldades em realizar tarefas que antes eram simples, logo vai ter repercussão na sua qualidade de vida. Neste estudo constatou que a baixa visão afeta principalmente a leitura, escrita, a costura e muitas vezes o indivíduo tem estas atividades como sendo de lazer. Com dificuldades na realização destas tarefas a qualidade de vida estará comprometida.

O adulto é caracterizado e reconhecido pelas suas produções e pelo seu papel profissional, considerando a supervalorização dada a esses papéis na sociedade atual. Por meio do trabalho a pessoa regula e organiza sua vida, transforma a si mesmo e se engaja socialmente. Portanto, quando o sujeito é afastado dessa atividade, sua identidade e papéis sociais são desconstruídos. Em uma sociedade na qual a produção tem principal destaque o lazer se torna um elemento importante da vida das pessoas e está diretamente relacionado com a qualidade de vida.

A participação em atividades de lazer pode ser limitada pela existência de barreiras para o desempenho, dentre elas: o contexto (arquitetônicas), a demanda funcional exigida e/ou a presença de défices em habilidades. Destaca-se que as restrições vivenciadas nas atividades (cuidado pessoal, vida doméstica, trabalho e lazer), pela pessoa que adquire a deficiência visual podem ser em decorrência da limitação na mobilidade. Perder ou ter a mobilidade prejudicada acarreta mudanças profundas, não só em relação à locomoção, mas também em relação à vida social.

As limitações das pessoas com baixa visão dependem muito da sua acuidade visual, uma vez que uma pessoa com 3/10 de visão no melhor olho terá menos dificuldades na realização das tarefas de vida diária do que uma pessoa com 0.05 de visão no melhor olho com a melhor correção possível. No que refere a este estudo a baixa visão limita-os

em alguns pontos, mas estes conseguem desempenhar uma grande parte das suas tarefas diárias.

### **3.3– CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Durante a elaboração do trabalho constatou-se que a baixa visão interfere nas atividades diárias principalmente na leitura e em alguns casos na condução, houve participantes que reformaram antecipadamente e tudo isto interfere na qualidade de vida no sentido em que mudaram as suas rotinas diárias e conseqüentemente passaram a ter mais tempo livre.

É de assinalar que o Ortoptista tem um papel fundamental na sensibilização e educação para a saúde da visão (esclarecendo a população sobre as doenças oculares no momento de rastreios visuais ou palestras), através de rastreios pode fazer a detecção precoce de alterações visuais ou de fatores de risco e, juntamente com uma equipa multidisciplinar, podem reabilitar as pessoas portadoras de deficiência visual, devolvendo a elas autonomia, segurança, independência no trabalho e estes fatores são importantes para melhorar a qualidade de vida destas.

Percebe-se que as respostas cognitivas e emocionais face à perda visual assumem dimensões variáveis devido a variabilidade individual, portanto essas reações não podem ser generalizadas. A baixa visão traz consigo algumas limitações, mas estes não tornam o sujeito incapacitado de desempenhar todas as suas tarefas.

Percebeu-se que quando a baixa visão acontece de forma gradual, a pessoa vai adaptando paulatinamente a situação. No início da perda parcial da visão o sujeito apresenta sentimentos de tristeza, insatisfação e questiona muito por que foi com ela, mas com o passar do tempo vai aceitando sua nova condição, e com isto as pessoas reconhecem que precisam de ajuda e podem dar início a reabilitação visual.

Existem algumas limitações a considerar neste trabalho, nomeadamente com o tamanho da amostra que impede a generalização dos resultados; escassez de suporte teórico que focaliza o tema, pois, ao revisar a literatura para sustentar o enquadramento teórico, percebeu-se que a literatura dá mais ênfase a cegueira do que a baixa visão, além de ser mais estudada em crianças em idade escolar ou idosos; uma outra limitação encontrada no enquadramento foi a ausência de descrição das reações emocionais relacionadas com a aquisição da baixa visão, uma vez que os estudos feitos focalizam as reações emocionais relacionadas com a cegueira.

Também, tem-se como limitação deste estudo, o fato de que no decorrer do trabalho houve uma mudança do campo empírico. Isto é, primeiramente o estudo seria feito na ADEVIC em São Vicente, mas devido a carência de informações acerca das pessoas que frequentam a instituição foi necessário mudar para o Serviço de Oftalmologia do HBS. Devido a esta mudança de plano foi necessário alargar o tempo para desenvolver o estudo. Na recolha de dados percebeu-se que não existe uma lista de pessoas portadoras de deficiência visual no Serviço de Oftalmologia do HBS e foi necessário revistar todos os arquivos dos utentes com a idade compreendida entre os 35 e 65 anos para fazer a seleção dos participantes. As dificuldades encontradas na fase empírica do trabalho devem-se a in experiência do pesquisador em matéria de investigação científica.

Para futuros estudos sugere-se usar uma amostra maior.

Os resultados deste estudo podem contribuir para impulsionar outros estudos sob a temática que sirvam de alerta para a necessidade de atuação à nível da prevenção da deficiência visual, mas também, para a necessidade de reabilitação das pessoas portadoras de baixa visão, trazendo melhorias para a área de deficiência visual.

Pensa-se que este estudo trouxe algum contributo a nível teórico, porque é uma área pouco estudada em Cabo Verde e que necessita de contribuições para melhorar a qualidade de vida de pessoas com deficiência visual. A nível prático foi possível constatar que a baixa visão traz algumas limitações para as pessoas, mas estes conseguem desempenhar a maioria das suas tarefas do dia-a-dia. Este estudo contribui para a melhoria na qualidade de vida dessas pessoas uma vez que demonstra a importância da família e da sociedade no processo de aceitação da baixa visão.

## **Propostas**

### Recomendações para estudos futuros

- Estudos de caso parecem ser adequados para explorar maior número de informações sobre as repercussões psicossociais decorrentes da perda da visão;
- Estudos epidemiológicos relacionados a baixa visão, de modo a que se conheça a situação de Cabo Verde no que diz respeito a tal situação;

### Recomendações para as instituições de saúde visual

Durante o estudo percebeu-se que a reabilitação visual é pouco explorada em Cabo Verde e a maioria da população não tem conhecimento acerca da reabilitação. Muitos pensam que ser portador de deficiência visual, principalmente da cegueira significa ser dependente de terceiros;

- Apostar na prevenção da deficiência visual, fazendo divulgação das suas causas, bem como fatores de riscos, através da comunicação social, fazendo palestras e panfletos;
- Programas que visam promover o bem-estar do portador de deficiência visual no que tange à educação, lazer, intermediação com o mercado de trabalho, cursos profissionalizantes que estejam alinhadas com as necessidades visuais;
- Sensibilização da sociedade, no sentido de quebrar o estigma que ainda se sente em relação ao portador de deficiência e facilitar uma integração mais satisfatória «a pessoa pode ser mais eficiente do que deficiente».
- Criar centros de reabilitação no país, onde as pessoas com baixa visão podem ter acesso à uma equipa multidisciplinar para esclarecê-los acerca da deficiência visual, bem como auxilia-los na recuperação da autonomia;



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aciem, T. (2011). Autonomia pessoal e social de pessoas com deficiência visual após a reabilitação. Dissertação de Mestrado (publicado), Universidade de Presbiteriana Mackenzie.
- Agudo, V. (2008). A transição para a idade adulta e os seus marcos: que efeito na sintomatologia depressiva? Dissertação de Mestrado (publicado), Universidade de Lisboa.
- Araújo, C. (2013). Influência de parâmetros espaciais sobre potenciais corticais provocados visuais gerados por estimulação pseudoaleatória. Dissertação de Mestrado (publicada), Universidade Federal do Pará.
- Badalo, C. (2014). O papel do cão guia como facilitador da inclusão da pessoa cega na sociedade: mobilidade, segurança, interação social e qualidade de vida. Dissertação de mestrado (publicado), Universidade de Lisboa.
- Baião, A. (2013). Simulador óptico dinâmico do olho humano. Dissertação de Mestrado (publicada), Universidade Nova de Lisboa.
- Barczinski, M. Reações psicológicas a perda da visão [http://www.ibc.gov.br/images/conteudo/AREAS\\_ESPECIAIS/CEGUEIRA\\_E\\_BAIXA\\_VISAO/ARTIGOS/Reaes-psicologicas--perda-da-viso--revisado.pdf](http://www.ibc.gov.br/images/conteudo/AREAS_ESPECIAIS/CEGUEIRA_E_BAIXA_VISAO/ARTIGOS/Reaes-psicologicas--perda-da-viso--revisado.pdf), 2018-04-12, 10:50.
- Barros, C. A construção de uma identidade para o adulto maduro a partir da subjetividade do imaginário social <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/v6n1/v6n1a08.pdf> 2018-04-09, 11:50.
- Borges, T. (2016). Deficiência visual: dificuldades e estratégias do professor no processo de inclusão escolar no ensino médio. Dissertação de Mestrado (publicada), Universidade Federal do Maranhão.
- Borges, W. (2015). A percepção dos gestores sobre o processo de inclusão do deficiente visual com baixa visão no trabalho: estudo em uma instituição pública de ensino superior de Belo Horizonte/MG. Dissertação de Mestrado (publicado), Faculdade Novos Horizontes.

- Brasil, O. et al. Avaliação das alterações fundoscópicas na miopia degenerativa <http://www.scielo.br/pdf/abo/v69n2/29066.pdf> 2018-10-22, 13:00
- Cabral, L. Silva, T. e Brito, A. Traumas oculares no serviço de urgência da fundação Banco de Olhos de Góias. [http://www.sboportal.org.br/rbo\\_descr.aspx?id=225](http://www.sboportal.org.br/rbo_descr.aspx?id=225), 2018-04-10, 23:00
- Costa, C. (2010). Relação entre competência e práticas profissionais dos Ortoptistas integrados nos programas de rastreio visual infantil. Dissertação de Mestrado (publicado), Universidade de Évora.
- Costa, F. (2013). Formação avançada e desenvolvimento do jovem adulto. Motivações, expetativas e necessidades percecionadas de estudantes de pós-graduação. Dissertação de Mestrado (publicada), Universidade de Lisboa.
- Dourado e costa (2006). Perda de visão e enfrentamento: um estudo sobre os aspetos psicológicos da deficiência visual adquirida. Trabalho de conclusão de curso (publicada), Escola Bahiana para o desenvolvimento das ciências.
- Farinha, J. Psicologia do adulto e do idoso. [http://w3.ualg.pt/~jfarinha/activ\\_docente/psi\\_adid/man\\_pedag/PAI\\_ManPedag-v0915.pdf](http://w3.ualg.pt/~jfarinha/activ_docente/psi_adid/man_pedag/PAI_ManPedag-v0915.pdf), 2018-10-06, 17:15
- Ferrarezi, G. (2010). Sistema de aquisição de imagem do olho humano para avaliação da resposta da pupila submetida a estímulos luminosos. Trabalho de Conclusão de Curso (publicada), Universidade de São Paulo.
- Ferreira, A. (2015). Cuidados de saúde primários na área da visão: a intervenção do Ortoptista. Dissertação de Mestrado (publicado), Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa.
- Ferroni M. (2011). Conhecimento e percepção de escolares com baixa visão sobre sua condição visual, uso de recurso de tecnologia assistiva e expetativas em relação ao futuro. Dissertação de Mestrado (publicado), Universidade Estadual de Campinas.
- Figueiredo, M. Diagnóstico de baixa visão em crianças: sentimento e compreensão de mães

[http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/198568/1/pmed\\_20098896.pdf](http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/198568/1/pmed_20098896.pdf)  
[2018-10-22](#), 11:17

- Fortin, M. Côte, J. e FILION, F. (2009). Fundamentos e Processos de Investigação. 1º Edição. Loures, Lusodidacta.
- Garcia, M. (2014). Cegueira congénita e adquirida: implicações na saúde mental e resiliência. Dissertação de Mestrado (publicada), Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.
- Gomes F. (2017). Bioarte – confecção de moléculas de anticorpos para o ensino de Biologia na perspectiva da cegueira. Dissertação de Mestrado (publicado), Universidade Federal Fluminense.
- Haddad, M. (2006). Habilitação e reabilitação visual de escolares com baixa visão: aspetos médico-sociais. Tese Doutoramento (publicado), Universidade de São Paulo.
- Ladeira e Queirós (2002). Compreender a Baixa Visão. Ministério de Educação/Departamento da Educação básica. Lisboa: S DESIGN LDA
- Macular *Disease Foundation Australia* Degeneração Macular. [https://www.mdfoundation.com.au/sites/default/files/Portuguese\\_MDFA\\_MDBooklet\\_2014-06.pdf](https://www.mdfoundation.com.au/sites/default/files/Portuguese_MDFA_MDBooklet_2014-06.pdf), 2018-04-10, 10:10
- Manual de saúde ocular (2008). [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/vigilancia\\_em\\_saude/arquivos/ocular.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/vigilancia_em_saude/arquivos/ocular.pdf) 2018-10-22, 16:30
- Martins, C. (2012). Impacto da catarata congênita na sensibilidade ao contraste espacial de luminância em crianças. Dissertação de Mestrado (publicada), Universidade de São Paulo.
- Martins, S. Mendes, M. Guedes, R. Guedes, V. Chaoubah, A. Nível de conhecimento sobre glaucoma primário de ângulo aberto entre os estudantes de medicina <http://www.scielo.br/pdf/rbof/v73n5/0034-7280-rbof-73-05-0302.pdf>  
[2019-11-18](#), 11:25

- Melo P. (2016). Uma sala exclusiva: os primeiros passos para a construção de um Campus Inclusivo no IFB – Campus Taguatinga Centro. Dissertação de Mestrado (publicado), Instituto Politécnico de Santarém.
- Monteiro, G. (2010). Auxílios óticos para baixa visão: uso de internet na orientação de professores de deficientes visuais. Tese de Doutorado (publicado), Universidade Estadual de Campinas.
- Narikawa, S. (2012). Prevalência de deficiência visual e fatores associados no município de Pratânia – SP. Tese de Doutorado (publicado), Faculdade de Medicina de Botucato.
- Neves, S. (2016). Os custos na deficiência visual em Portugal: Estudo exploratório. Dissertação de Mestrado (publicado), Universidade Nova de Lisboa.
- Oliveira, T. (2009). Desenvolvimento de um oftalmoscópio binocular indireto com sistema eletrônico cromático de iluminação e módulo aquisição de imagens. Dissertação de Mestrado (publicada), Universidade Federal de São Carlos.
- Ottaiano, J. Avila, M. Umbelino, C. Taleb, A. As condições de Saúde ocular no Brasil 2019  
[http://www.cbo.com.br/novo/publicacoes/condicoes\\_saude\\_ocular\\_brasil2019.pdf](http://www.cbo.com.br/novo/publicacoes/condicoes_saude_ocular_brasil2019.pdf)  
2019-05-09, 23:52
- Paula, D. (2014). Análise de custo e efetividade do tratamento de diabéticos adultos atendidos no Centro Hiperdia de Juiz de Fora, Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação (publicada), Universidade Federal de Juiz de Fora.
- Pereira, É. Teixeira, C. e Santos, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação <http://www.scielo.br/pdf/rbefe/v26n2/07.pdf>, 2018-04-19, 17:00
- Pereira, M. Nascimento, G. Perfil funcional de adultos com deficiência visual adquirida.  
<https://pdfs.semanticscholar.org/8c5e/4ff6fd5f970064796cf66aa733b496f08001.pdf>  
2018-04-11, 18:01
- Rocha, M. (2011). Análise das condições de saúde ocular da população atendida no centro de referência em Oftalmologia do Hospital das clínicas/UFG. Dissertação de Mestrado (publicado), Universidade Federal de Goiás.

- Rodrigues, A. (2016). Imagem de fundo ocular: análise comparativa de técnicas e de novas tecnologias no diagnóstico Oftalmológico da retina – aplicação clínica. Dissertação de Mestrado (publicada), Universidade de Coimbra.
- Rodrigues, N. (2006). Equilíbrio em indivíduos com deficiência visual. Estudo comparativo em praticantes e não praticantes de atividade física regular. Trabalho de conclusão de curso (publicado), Universidade do Porto.
- Rodrigues, S. (2004). A experiência da perda da visão, a vivência de um processo de reabilitação, e as percepções sobre a qualidade de vida. Dissertação de Mestrado (não publicada), Universidade do Minho.
- Rossi, L. (2010). Avaliação da visão funcional (AVIF) para crianças de dois a seis anos com baixa visão: exame de confiabilidade e de validade. Dissertação de Mestrado (publicado), Universidade federal de Minas Gerais.
- Santos, A. (2016). Desempenho de crianças e adolescentes com baixa visão na escola de equilíbrio pediátrica. Dissertação de Mestrado (publicado), Universidade Federal de Pernambuco.
- Santos, B. e Antunes, D. Vida adulta, processos motivacionais e diversidade [http://meriva.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/8579/2/Vida\\_Adulta\\_processos\\_motivacionais\\_e\\_diversidade.pdf](http://meriva.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/8579/2/Vida_Adulta_processos_motivacionais_e_diversidade.pdf) 2018-04-05, 09:25
- Santos, G. Pedro, J. Rocha, A. Borges, J. Epidemiologia do descolamento da retina na nossa área de atuação [http://www.spoftalmologia.pt/wp-content/uploads/2010/01/revista\\_spo\\_n1\\_2010\\_pp.315-320.pdf](http://www.spoftalmologia.pt/wp-content/uploads/2010/01/revista_spo_n1_2010_pp.315-320.pdf), 2019-06-09, 14:20
- Santos, E. (2012). Processo de escolarização: o discurso dos pais sobre as expectativas e acompanhamento aos seus filhos com cegueira. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Maranhão
- Seeley, R. Stephens, T. e Tate, P. (2003). Anatomia e fisiologia, 6ª edição. Portugal: Lusociência.
- Segalás, A. (2011). Estudo da prevalência da retinopatia diabética e dos fatores de risco associados, numa população de diabéticos tipo 2 seguidos numa unidade de cuidados de saúde primários no distrito de Lisboa. Dissertação de Mestrado (publicado). Universidade de Lisboa

- Souza, A. (2004). Acessibilidades de deficientes visuais aos ambientes digitais/virtuais. Dissertação de mestrado (publicado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Sousa, C. (2014). Caracterização dos parâmetros da película lacrimal e da topografia corneal na população adulta Portuguesa: um estudo piloto. Dissertação de Mestrado (publicada), Universidade do Minho.
- Torres, J. Santos, V. (2015). Educação. Revista Científica do Claretiano – Centro Universitário, v.5 n.2, 33.
- Virmond, M. Sobrancelhas  
<http://hansen.bvs.ilsl.br/textoc/livros/DUERKSEN,%20FRANK/face%20e%20tronco/PDF/sobrancelha.pdf>, 2019-09-06, 13:35

## **APÊNDICES**

## Apêndice I – Requerimento



UNIVERSIDADE DO MINHO  
*Sapientia Ars Vivendi*



15 ANOS A FORMAR CABO VERDE

Excelentíssima Dr<sup>a</sup> Karina Mascarenhas

Diretora do Serviço de Oftalmologia do Hospital Baptista de Sousa

Eu, Emeline Maurício, estudante do 4º ano da Licenciatura em Ortopédia e Ciências da Visão, na Universidade do Minho, venho por meio desta, muito respeitosamente, solicitar a permissão da V.Excia para entrevistar pessoas que adquiriram Baixa Visão na fase adulta, que frequentam o Serviço de Oftalmologia do Hospital Baptista de Sousa, a fim de desenvolver a parte prática do trabalho de conclusão do curso, sob o tema «Impacto psicossocial da baixa visão adquirida na adultez», orientado pela Mestre Denise Oliveira Centeio, de modo a obter o título de Licenciado.

Desde já, agradeço a sua colaboração e disponibilidade, subscrevo-me com os meus melhores cumprimentos.

Pede deferimento.

Mindelo, 04 de Abril de 2019

*Autenticado*



## **Apêndice II – Termo de consentimento informado**

### Termo de consentimento informado

Autora: Emeline Sofia Delgado Maurício

O trabalho de investigação intitulado «Impacto psicossocial da Baixa Visão Adquirida na idade adulta», orientado pela Mestre Denise Oliveira Centeio, enquadra-se num estudo que decorre no âmbito da Licenciatura em Ortóptica e Ciências da Visão, e tem como objetivo avaliar o impacto psicossocial da baixa visão adquirida na fase adulta.

Pretende-se contribuir para um melhor conhecimento acerca deste tema, sendo essencial incluir neste estudo a participação de pessoas que já adquiriram baixa visão numa fase adulta, e por este motivo a sua colaboração é fundamental.

O resultado da investigação será apresentado a Universidade do Mindelo em 2019, e não lhe trará nenhuma despesa ou risco. As informações recolhidas serão efetuadas através de uma entrevista e que serão gravadas em áudio. Qualquer informação será confidencial, não será revelado a terceiros e será salvaguardado a identidade do participante. A sua participação é espontânea e pode abandonar a qualquer momento ou mesmo recusar de participar, sem que tal atitude tenha consequências para si.

Para qualquer esclarecimento pode entrar em contacto com a autora através do número 9763531.

Após ouvir as explicações acima referidas, declaro que aceito participar nesta investigação.

Assinatura\_\_\_\_\_ Data\_\_\_\_\_

## **Apêndice III – Guião de Entrevista**

### **Guião de entrevista**

**Sexo** \_\_\_\_\_

**Idade** \_\_\_\_\_

**Hab. Literárias** \_\_\_\_\_

**Ocupação** \_\_\_\_\_

**Local de residência** \_\_\_\_\_

**Tipo de moradia** \_\_\_\_\_

**Com quem vive** \_\_\_\_\_

....

- 1- Em que momento se deu conta que a sua visão estava diminuindo?
- 2- Há quanto tempo foi diagnosticado com baixa visão?
- 3- Quais foram as reações (pensamentos e emoções), face a Baixa Visão?
- 4- Logo de início aceitaste esta nova condição?
- 5- Tem dificuldades em realizar tarefas de vida diária? Quais são as principais dificuldades. (Que apoio tem/ quem o auxilia, em algum momento sente dependente de alguém)
- 6- Desde que adquiriu a Baixa Visão sente que houve mudanças na maneira como vê a si próprio? Exemplifique, caso a resposta seja afirmativa? Quais foram as principais mudanças?
- 7- Como se sente neste momento?

- 8- Fale do impacto que a Baixa Visão teve na sua vida e no seu trabalho (como a baixa visão afetou a sua vida, o seu trabalho)
- 9- A baixa visão afetou a dinâmica do seio familiar e social?
- 10- Sentes útil a si e a sociedade?
- 11- Achas que consegues realizar todas as tarefas que gostaria?
- 12- Houve mudanças na sua qualidade de vida, devido a baixa visão?
- 13- Já fizeste algum tipo de reabilitação visual? Se sim quais foram os benefícios? Usa algum auxílio ótico/não ótico?
- 14- Sentes alguma diferença na maneira como convives com as outras pessoas?
- 15- Quais são os seus principais receios face baixa visão?
- 16- Teme o futuro

## Apêndice IV – Matriz de análise de conteúdo

Tema	Categoria	Subcategoria	Indicadores	Unidades de contexto
Impacto psicossocial da baixa visão adquirida na adultez	Reações face a baixa visão	Sentimentos em relação a perda visual	Pensamentos, emoções e sentimentos	Pensamentos perante a BV; Sensações após adquirir BV; Receios em relação ao futuro com a baixa visão;
	Processo de aceitação da baixa visão		Aceitação	Aceitação da BV; Mudanças na rotina diária;
	Qualidade de vida perante a baixa visão			Dificuldades em realização das tarefas do dia-a-dia
	Relações estabelecidas com a sociedade		Sociedade, família	Transformações sofridas no seio familiar e social após adquirir BV; Diferenças na convivência com os outros; Mudanças sofridas nas relações sociais;
	Reabilitação visual		Reabilitação visual	Percepção que têm sobre a reabilitação visual;